



DOSSIER ESPECIAL

**INFORMES SOBRE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL QUE
SE PRESENTAN EN EL CONSEJO INTERTERRITORIAL**

→ **1º INFORME.- ANÁLISIS DE REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA: PÁGINAS 3 A 66.**
→ **2º INFORME.- CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD): PÁGINAS 67 Y SS.**

LUNES DÍA 8 DE OCTUBRE DE 2.007



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Instituto de Información Sanitaria

Título del Proyecto

Historia Clínica Digital

en el Sistema Nacional de Salud

Tipo de Documento

Análisis de Requerimientos del Sistema

Versión

4.0



1

2 **GESTIÓN DOCUMENTAL**

3

4 **Título del Documento: ANALISIS DE SISTEMAS**

5

6 **Subtítulo del Documento: ANALISIS DE REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA**

7

8 **Historico de Versiones**

Versión	Contenido de los cambios realizados
1.0	Borrador Inicial coincidente con HCDSNS_G4_ARS_121206_v5.1CP (Propuesta Profesional)
2.0	Borrador con aportaciones incorporadas tras primera discusión
2.1	Nuevos elementos de seguridad incorporados.
3.0	Aportaciones aprobadas por el G18
4.0	Aportaciones aprobadas por el G18

9

10

11 **Historico de Controles**

Versión	Fecha	Realizado por	Revisado por	Aprobado por
1.0	12-04-07	M. Cabronero J Etreros	M Alfaro JF Muñoz	Grupo de Trabajo G4
2.0	11-05-07	M. Cabronero J Etreros		
2.1	11-05-07	J Etreros		
3.0	25-06-07	M. Cabronero J Etreros		
4.0	28-06-07	M. Cabronero J Etreros		

12

13

14		<u>INDICE DE CONTENIDOS</u>	
15	1	Ámbito y alcance del proyecto	5
16	1.1	Justificación del proyecto	5
17	1.2	Objetivos del proyecto:	6
18	1.3	Alcance	7
19	1.3.1	Funcional:	7
20	1.3.2	Territorial	10
21	2	Descripción general del proyecto y del equipo de trabajo	10
22	2.1	Instituciones y colectivos con intereses en este proyecto	10
23	2.2	Composición del grupo de trabajo	11
24	2.3	Planificación inicial (ver anexo 1)	12
25	3	Catálogo de requisitos del sistema y sus prioridades	13
26	3.1	Requisitos funcionales	13
27	3.1.1	Configurabilidad y parametrización del Sistema	13
28	3.1.2	Modelo de funcionamiento	13
29	3.1.3	División funcional del sistema	16
30	3.1.4	Esquema General	19
31	3.1.5	Análisis de los Módulos	20
32	3.1.5.1	M1 – Módulo de Identificación y Acceso	20
33	3.1.5.2	M2 – Módulo de Referencia de datos	23
34	3.1.5.3	M3 – Módulo de Intercambio de Mensajes	27
35	3.1.5.4	M4 – Módulo de Selección y Presentación de datos	27
36	3.1.5.5	M5 – Módulo de Información del Sistema	35
37	3.1.6	Interfaces de funcionamiento	37
38	3.1.6.1	Modo de integración	37
39	3.1.6.2	Modo nativo	37
40	3.1.7	Carga de la información remitida por los nodos de las CCAA.	37
41	3.1.8	Mantenimiento de la información estructural del sistema	38
42	3.1.9	Mantenimiento de la información básica del sistema	38
43	3.1.10	Parametrización del Sistema	38
44	3.1.10.1	Informes y estadísticas	39
45	3.2	Requisitos no funcionales	39
46	3.2.1	Solución tecnológica para la interoperabilidad	39
47	3.2.2	Intercambiador del Nodo Central (Broker)	40
48	3.2.3	Registro de un servicio SNS en el intercambiador	40
49	3.2.4	Conexión entre el Intercambiador y Servicios Sns y viceversa	41
50	3.2.4.1	Conexión síncrona	41
51	3.2.4.2	Conexión desacoplada o asíncrona	41
52	3.2.5	Conexión entre los Servicios Sns y el Intercambiador	41
53	3.2.5.1	Identificación de los mensajes y utilización del conector	41
54	3.2.6	Intercambio de datos entre las CCAA y el Intercambiador	42
55	3.2.6.1	Intercambio de datos asíncrono	42
56	3.2.6.2	Intercambio de datos síncrono	44
57	3.3	Seguridad	45
58	3.3.1	Identificación y Autenticación	45
59	3.3.2	Control de acceso	46
60	3.3.3	Cifrado de los contenidos	47
61	3.3.4	Registro de accesos (técnicamente Registro de Auditoría)	47
62	3.3.5	Auditoría de Accesos	47
63	3.3.6	Red privada. Intranet Sanitaria	48



64	3.3.7	Seguridad en la Intranet Sanitaria	48
65	3.3.8	Seguridad en las comunicaciones.....	48
66	3.3.9	Certificados	48
67	3.3.10	Certificados Soportados por el Msc	49
68	3.3.11	Resumen del funcionamiento general de la seguridad en el Nodo Central.	52
69		Anexo 1- Planificación del Proyecto	53
70		Anexo 2- Formulario de Consentimiento Informado.....	54
71		Anexo 4- Declaración Jurada de situación clínica que requiere actuación inmediata	55
72		Anexo 5- Requerimientos Básicos de los nodos de Comunidad Autónoma.....	56
73		Anexo 6 – Catálogos.....	58
74		Anexo 7- Recomendaciones para la Implantación.....	61
75		Anexo 8- Acrónimos y abreviaturas	64
76			



77 **1** **Ámbito y alcance del proyecto**

78 **1.1 Justificación del proyecto**

79 Este proyecto centra su atención en las tecnologías de la información al servicio
80 de los ciudadanos, a quienes van dirigidas las acciones de mejora de acceso a la
81 información sobre sus datos de salud, condición necesaria para que los
82 profesionales, como agentes de los ciudadanos, puedan ofertar atención sanitaria
83 de calidad. Por ello, este sistema ha de orientarse también a las necesidades de
84 los profesionales dotando al sistema mecanismos ágiles y funcionales que
85 faciliten su función y que al propio tiempo ofrezcan seguridad a los profesionales
86 sanitarios y a los ciudadanos de que las actuaciones se realizan en un marco
87 ético y jurídico compartido por todos los agentes.
88

89 Los Servicios de Salud en el ámbito territorial de cada Comunidad Autónoma, han
90 implantado sistemas automatizados de recogida y gestión de los datos
91 individuales de salud de las personas que dan soporte a los procesos
92 asistenciales, preventivos, etc., favoreciendo un nivel creciente de calidad del
93 servicio prestado a los ciudadanos.
94

95 El reto que la movilidad de los ciudadanos impone a estos sistemas hace
96 necesaria la implantación de un sistema que facilite la extensión territorial de
97 dichas funcionalidades al conjunto del SNS y permita a los profesionales la
98 posibilidad de disponer de la información precisa cuando las necesidades de
99 atención sanitaria se producen fuera de la CA en la que se ha generado esta
100 información, y que facilite a los ciudadanos el acceso a la misma información
101 objetiva sobre su salud y al registro de los accesos realizados a sus datos,
102 disponible en virtud de la obligada trazabilidad de la que este sistema de
103 información debe ser dotado.
104

105

106 La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de
107 Salud, en su artículo 56 dirige al Ministerio de Sanidad y Consumo el mandato de
108 coordinar los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y
109 salud individual, para permitir el acceso tanto al usuario como a los profesionales
110 en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de la
111 asistencia y la confidencialidad e integridad de la información.

112
113 De otro lado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la
114 autonomía del paciente, en su disposición adicional tercera, establece que “El
115 Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las
116 Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la
117 participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de
118 compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos
119 y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los
120 centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación
121 de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y
122 procedimientos de innecesaria repetición”.

1.2 *Objetivos del proyecto:*

- 123
124
125 ○ Garantizar al ciudadano el acceso por vía telemática a los datos de salud, propios
126 o de sus representados, que se encuentren disponibles en formato digital en
127 alguno de los Servicios de Salud que se integran en el SNS, siempre que cumplan
128 los mínimos requisitos de seguridad establecidos para proteger sus propios datos
129 contra la intrusión ilegítima de quienes no hayan sido facultados para acceder.
- 130 ○ Garantizar a los profesionales sanitarios, facultados por cada Servicio de Salud
131 para esta función y autorizados en cada caso por el paciente, el acceso a
132 determinados conjuntos de datos de salud, generados en una Comunidad
133 Autónoma distinta de aquélla desde la que se requiere la información, siempre
134 que el usuario o paciente que demanda sus servicios profesionales desde un
135 centro sanitario público del SNS autorice el acceso.



166 largo. En base a lo expuesto debemos escalar los esfuerzos en dos niveles de
167 complejidad distintos:

168

169 • Nivel Básico. En este nivel situamos aquella información individual de salud,
170 que ya existe en el momento actual en soporte digital, que es en realidad
171 información clínica resumida o partes de la misma (aunque el conjunto de la
172 historia clínica en sí pueda no estar aún en este formato) y que es
173 asistencialmente muy útil, fuera de la CA en la que se haya generado la
174 información de los ciudadanos o sus representados. Estos son:

175

- 176 ○ **Historia Clínica Resumida.**
- 177 ○ **Informes clínicos del equipo de atención primaria**
- 178 ○ **Informes de atención en Urgencias**
- 179 ○ **Informes clínicos de alta de hospitalización**
- 180 ○ **Informes clínicos de consulta externa especializada**
- 181 ○ **Informes de resultados de pruebas de laboratorio**
- 182 ○ **Informes de resultados de pruebas de Imagen** (radiodiagnóstico,
183 medicina nuclear)
- 184 ○ **Informes de resultados de otras pruebas diagnósticas** (pruebas
185 realizadas por servicios no centrales)

186

187 Funcionalmente, este nivel básico permitirá acceder a la información como si
188 de un objeto se tratara sin poder consolidar ni modificar nada de su
189 contenido. La excepción a esta regla general existe en la Historia Clínica
190 Resumida que podrá consolidarse total o parcialmente en la HCD de la CA1
191 (que solicita) facilitando así la apertura de una nueva historia en la base de
192 datos de la CA1. De esta forma la HCR de la CA2 (la consultada) seguirá
193 siendo la misma y se modificará sólo por decisión de su autor inicial (o
194 automáticamente a partir de su propio sistema), pudiendo existir tantas
195 HCRs en el SNS como CCAA existan con HC abierta.

196

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



- 197
- 198
- 199
- 200
- 201
- 202
- 203
- 204
- 205
- 206
- 207
- 208
- 209
- 210
- 211
- 212
- 213
- 214
- 215
- 216
- 217
- 218
- 219
- 220
- 221
- 222
- 223
- 224
- 225
- 226
- Nivel avanzado. En este nivel debemos situar funcionalidades más complejas que requieren para su generalización en el sistema la implantación previa, en cada CA, de HCD con funcionalidades plenas y extensión territorial amplia.
 - **Imagen y video digital.** Existen algunas decisiones clínicas para las cuales puede ser muy relevante acceder a determinadas pruebas de imagen que, tanto por razones de invasividad y morbilidad para el paciente como de costes para el SNS, no deben ser repetidos, salvo por estricta indicación clínica. Por ello, la disponibilidad de esta funcionalidad es para este grupo de pacientes de una utilidad elevada. Dado que la implantación de esta funcionalidad requiere abordar previamente en cada CA importantes esfuerzos para disponer de la tecnología necesaria para el almacenamiento, la distribución y la presentación de la imagen digital, y que el impacto de los resultados recaerá sobre un porcentaje más reducido de pacientes que el resto de las funcionalidades, se incluye ésta entre las de nivel avanzado de complejidad, pudiéndose acceder mientras tanto al contenido de los informes de estas pruebas. También debe contemplar el sistema ofrecer a los usuarios o sus representantes la descarga de las imágenes de sus exploraciones para su almacenamiento. La implantación de esta última función queda supeditada a que, una vez alcanzada la extensión territorial y funcional plena, las pruebas de carga del sistema lo hicieran posible, manteniendo los tiempos de respuesta que la actividad asistencial en tiempo real exige.
 - **Informe de Cuidados de Enfermería.** La complejidad de este conjunto de datos no reside en su contenido, sino en el volumen del colectivo profesional que ha de acceder y la necesidad de administrar



227 sus permisos con garantía suficiente de autenticidad (certificados
228 electrónicos).

229

230 1.3.2 Territorial

231

232 El ámbito territorial es el de todos los centros sanitarios (de Atención Primaria,
233 Especializada, Salud Mental etc.) de las CCAA del Estado Español. Podrían
234 existir algunas restricciones debidas a condicionamientos tecnológicos ajenos a
235 la organización sanitaria (la extensión y cobertura de las infraestructuras de
236 comunicación que alcancen los operadores del sector), e igual puede suceder
237 con determinadas CCAA en las que el escaso grado de implantación de HCD
238 hospitalaria, puede hacer inalcanzable un despliegue completo en menos de dos
239 años. Ambas circunstancias podrían condicionar la posibilidad de conseguir el
240 100 % de este alcance al final del periodo de ejecución (2006-2008).

241

242 2 Descripción general del proyecto y del equipo de trabajo

243

244 2.1 Instituciones y colectivos con intereses en este proyecto

245

246

➤ Autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas y Servicios de
247 Salud, como responsables de la provisión de los servicios, de la gestión de
248 los recursos y del tratamiento de la información clínica de los centros.

249

➤ Ciudadanos, usuarios y pacientes, como beneficiarios finales de la
250 información disponible y como titulares de derechos acerca de su
251 información clínica y usuarios de un grupo de funcionalidades dirigidas a
252 ellos.

253

➤ Colectivos profesionales de distintas áreas funcionales y servicios de todos
254 los niveles asistenciales.

255

➤ El Ministerio de Sanidad como autoridad sanitaria del Estado, con
256 responsabilidades en la coordinación de los servicios y en la garantía de



257 los derechos individuales de los ciudadanos en todo el territorio del Estado
258 en condiciones de equidad.

259

260

261

2.2 Composición de los equipos de trabajo

262

2.2.1 Fase de Propuesta Profesional

263

El equipo de trabajo que elaboro la propuesta de profesionales y ciudadanos
264 está constituido por las siguientes personas, designadas en su mayor parte por
265 las correspondientes sociedades científicas y federación de asociaciones
266 ciudadanas en su caso:

264

265

266

Nombre del participante	Perfil de experiencia	Entidad que designa
Javier Etreros Huerta	Coordinador del Grupo	Ministerio de Sanidad y Consumo
Javier Solera Santos	FEA Area Médica Hospital.	Sociedad Española de Medicina Interna
Joaquín Jesús Alonso Martín	FEA Area Médica Hospital.	Sociedad Española de Cardiología
Ángel Manuel Molino González	FEA Medicina Familiar	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria(SEMFYC)
M ^a Luisa Arroba Basanta	FEA Area materno-infantil.	Asociación Española de Pediatría
Margarita Sánchez Castilla	FEA Bloque Quirúrgico Hosp.	Sociedad Española de Anestesia y Reanimación
Francisco Javier Rodríguez Recio	FEA Servicios Centrales Hospital.	Sociedad Española de Radiología Médica
Concepción Alonso Cerezo	FEA Servicios Centrales Hospital.	Sociedad Española de Biopatología Médica
José Nicolás García Rodríguez	Gestor de centro de AP	Ministerio de Sanidad y Consumo
Francisco Javier Rivas Flores	Clínico Bioeticista	Asociación de Bioética Fundamental y Clínica
Federico Montalvo Jaaskelainen	Jurista sanitario con experiencia en historia clínica	Ministerio de Sanidad y Consumo
José Manuel.Ferrer Server	Asociación de Usuarios	Comisión de Libertades e Informática
Juan Fernando Muñoz Montalvo	Subdirector Adjunto de Tecnologías de la Información.	Ministerio de Sanidad y Consumo
Maravillas Cabrone ro Fernández	Técnico del Instituto de Información Sanitaria	Ministerio de Sanidad y Consumo

267
268
269
270
271

2.2.2 Fase de Consenso Institucional

En esta fase, cada CA ha designado una persona para su integración en el Grupo de Expertos en Historia Clínica, que ha analizado la propuesta profesional.

Nombre y apellidos	Comunidad Autónoma
Luciano Barrios Blasco	Andalucía
Santiago Martín Acera	Aragón
Laura Muñoz Fernández	Asturias
Javier de Pablo Marín	Baleares
Isabel María Rodríguez Palmero	Canarias
Javier Carnicero Giménez de Azcárate	Cantabria
Sagrario Casas Pinillos	Castilla La Mancha
Jesús Martín García	Castilla y León
Santiago Marimón i Suñol	Cataluña
Francisco Luis Cáceres Ruiz	Extremadura
Eladio Andino Campos	Galicia
Lorenzo Echeverría Echarri	La Rioja
Jordi Custodi i Canosa/Luis Morel Baladrón	Madrid
José A. Bravo Meseguer	Murcia
Elena Manso Montes	Navarra
Martín Begoña Oleada	País Vasco
Gregorio Gómez Soriano	Valencia
Sara C. Pupato Ferrari	Ingesa

272

273
274

2.3 Planificación inicial (ver anexo 1)

275
276
277
278
279
280
281
282
283

La planificación del proyecto, que se detalla en el Anexo 1, se propone buscar el consenso acerca de los contenidos mínimos de los diferentes conjuntos de datos a compartir y de los requisitos mínimos del sistema, buscando el consenso de los profesionales en una primera fase y el de las autoridades sanitarias autonómicas y estatal en una segunda fase. Alcanzada esta última, pero no antes, el proyecto estaría en situación de completar el diseño técnico del nodo central del SNS ya avanzado, desarrollar la aplicación informática que responda a los requerimientos acordados, para posteriormente comenzar a pilotar la conexión entre aquellas dos CCAA que ya tengan su nodo de CA



284 operativo (ver anexo 5) y finalmente realizar un despliegue con alcance
285 progresivo en el que se conecten al sistema los restantes nodos de CA.
286

287 3 Catálogo de requisitos del sistema y sus prioridades

288 En este apartado se consideran únicamente aquellos requisitos que condicionan la
289 especificación funcional y el diseño técnico del sistema objeto del proyecto. No se
290 consideran aquellos requisitos contractuales de tipo administrativo relacionados con la
291 logística, propiedad intelectual, compromisos de explotación, aprovisionamiento, etc.,
292 que deben reflejarse en otro documento dirigido a establecer una vinculación
293 contractual con la o las entidades que acometan el desarrollo y/o la implantación.
294

295 3.1 Requisitos funcionales

296 3.1.1 Configurabilidad y parametrización del Sistema

297 El aplicativo será construido tomando como premisa básica la necesidad
298 de la parametrización y configuración del mismo, de modo que cada
299 Comunidad Autónoma tenga la capacidad de activar o desactivar
300 determinadas funcionalidades en él identificadas como parametrizables,
301 tal como se recogen en el apartado 3.1.10.

302 3.1.2 Modelo de funcionamiento

303 En el sistema HCDSNS existirán dos conjuntos de usuarios distintos,
304 cada uno de los cuales sólo debe poder acceder a aquellas
305 funcionalidades asignadas al tipo de usuario al que pertenecen:
306

307 **A. Profesionales sanitarios del SNS.** Para ellos el procedimiento
308 será el siguiente:
309

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



- 310
- 311
- 312
- 313
- 314
- 315
- 316
- 317
- 318
- 319
- 320
- 321
- 322
- 323
- 324
- 325
- 326
- 327
- 328
- 329
- 330
- 331
- 332
- 333
- 334
- 335
- 336
- 337
- 338
- 339
- 340
- El paciente acude a un centro asistencial perteneciente a un Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma distinta de aquélla en la que se encuentran sus datos clínicos.
 - El profesional sanitario, que ha de atenderle en un centro asistencial, accede al nodo del Servicio de Salud al que pertenece, a través de una intranet sanitaria autonómica segura.
 - Este Servicio de Salud, asume la función de identificación, autenticación y validación de los permisos de acceso de sus profesionales, certificando electrónicamente estos procesos hacia el resto de las organizaciones que se integren en la red del SNS.
 - El profesional sanitario informa al paciente de la necesidad de acceder e imprimir sus datos clínicos recogidos en otro Centro y Comunidad Autónoma y obtiene su autorización expresa (verbal o escrita) como requisito previo para acceder a su información de salud, exceptuando aquellas situaciones urgentes que requieran actuación profesional sin demora.
 - El profesional sanitario identifica al paciente mediante una conexión a la BD TSI SNS y el sistema consulta el índice de referencias clínicas del SNS para obtener el listado de Servicios de Salud en los que existe información clínica digitalizada de este ciudadano concreto.
 - Seleccionado uno de esos Servicios de Salud, el profesional sanitario elige uno entre un menú de distintos conjuntos de información clínica, clasificada según sus contenidos (historia



- 341 clínica resumida, informe de atención primaria, informe de alta
342 de hospitalización, etc.)
343
344 • Una vez seleccionado el grupo, el sistema le presenta un
345 submenú con las características de los diferentes informes
346 almacenados (tipo de informe, fecha, centro, etc.), cada uno
347 de los cuales puede ser abierto para leer o imprimir su
348 contenido.
349
350 • Todos los datos se intercambian entre nodos sanitarios de
351 Comunidades Autónomas con el nodo SNS mediante
352 mensajes cifrados y firmados.
353
354 • Existe rastro de todas las transacciones realizadas y sus
355 agentes.
356
357 • Con fines de control de gestión, los administradores
358 autorizados en cada Servicio de Salud podrán acceder a un
359 módulo de explotación de la información que permita obtener
360 informes de actividad sobre las transacciones realizadas en
361 las que cada servicio haya intervenido.
362
363 **B. Usuarios o pacientes.** Para ellos, el modelo funcional será el
364 siguiente:
365
366 • El paciente accede (vía Internet) al portal del Servicio de Salud de la
367 Comunidad Autónoma donde está en situación de alta en TSI de la
368 CA que le identifica al reconocer sus datos personales (validándolos
369 contra la BD de TSI) y le autentifica a través de certificación
370 electrónica (bien tipo software, bien almacenados en tarjeta



371 inteligente como el DNI-e) + PIN. Validados estos pasos, el nodo de
372 su CA certifica el acceso.

373

374 • Accede a una web segura (comunicación cifrada y extremos
375 autenticados) que le permite elegir entre dos opciones distintas:

376

377 a. Registro de Accesos, o Registro de Auditoría, del nodo SNS
378 para conocer qué profesionales y desde qué centros y Servicios
379 de Salud han accedido, y a qué tipo de informes clínicos
380 referidos exclusivamente a su persona .o a sus representados.

381 b. Listado de sus informes clínicos para obtener copias impresas
382 de los mismos, o copiarlas en dispositivos de almacenamiento.

383 c. Listado de sus informes clínicos para seleccionar aquellos que
384 el ciudadano desea ocultar para el acceso de profesionales del
385 SNS.

386 Este modelo de servicio requiere disponibilidad de acceso a la
387 información 24 horas al día y 7 días a la semana para todos los usuarios
388 del sistema.

389

390 Asimismo supone la necesidad de la adecuada informatización de los
391 centros con puestos accesibles para todos los profesionales sanitarios
392 asistenciales (Ver Requisitos no funcionales).

393 3.1.3 División funcional del sistema.

394

395 Se articula en los siguientes módulos:

396

397 M1 – Módulo de Identificación y Acceso al Sistema

398 Este módulo será utilizado por los profesionales sanitarios y los ciudadanos o
399 sus representantes. Realizará las validaciones que permitirán identificar,
400 autenticar y autorizar el acceso a los profesionales sanitarios y a los



401 usuarios/pacientes. Residirá en los nodos de cada Servicio de Salud de
402 Comunidad Autónoma (SSCA).

403

404 **M2 – Módulo de Referencia de Datos**

405 Este módulo será utilizado por los profesionales sanitarios y
406 usuarios/pacientes. Permitirá localizar aquellos Servicios de Salud que
407 disponen de información clínica digital. Debe disponer de conexión on line con
408 la BD de TSI del SNS para poder recuperar el código SNS del
409 usuario/paciente, tras lo cual lanzará una consulta al índice de Referencias
410 Clínicas del nodo SNS. Residirá en el nodo del SNS.

411

412 **M3 – Modulo de Intercambio de mensajes**

413 Este módulo será el encargado de generar, enviar y recibir los mensajes
414 conteniendo los datos identificativos y las peticiones de información,
415 dirigiéndolas a sus destinatarios. Alimentará al módulo de información y tendrá
416 conexión con la intranet del SNS. Residirá en el nodo del SNS aunque
417 módulos similares deberán residir en cada uno de los nodos de CA.

418

419 **M4 – Módulo de Presentación de Datos**

420 Este módulo será el encargado de recibir los datos del módulo de intercambio
421 del nodo de cada CA para presentar los datos enviados y recibidos. Residirá
422 en los nodos de las CCAA.

423

424 **M5 – Módulo de Información**

425 Este módulo será utilizado por el administrador del sistema del Ministerio de
426 Sanidad y Consumo y será el encargado de facilitar los medios para la
427 adecuada gestión del sistema y la explotación de la información almacenada
428 cuando pudiera ser requerida a efectos de gestión del servicio o a
429 requerimiento de la autoridad judicial.

430 También será utilizado por los usuarios o pacientes que debidamente
431 autenticados deseen obtener una explotación del registro de accesos a



432 documentos a su nombre o de sus representados. Residirá en el nodo del
433 SNS.

434

435

3.1.4 Esquema General

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

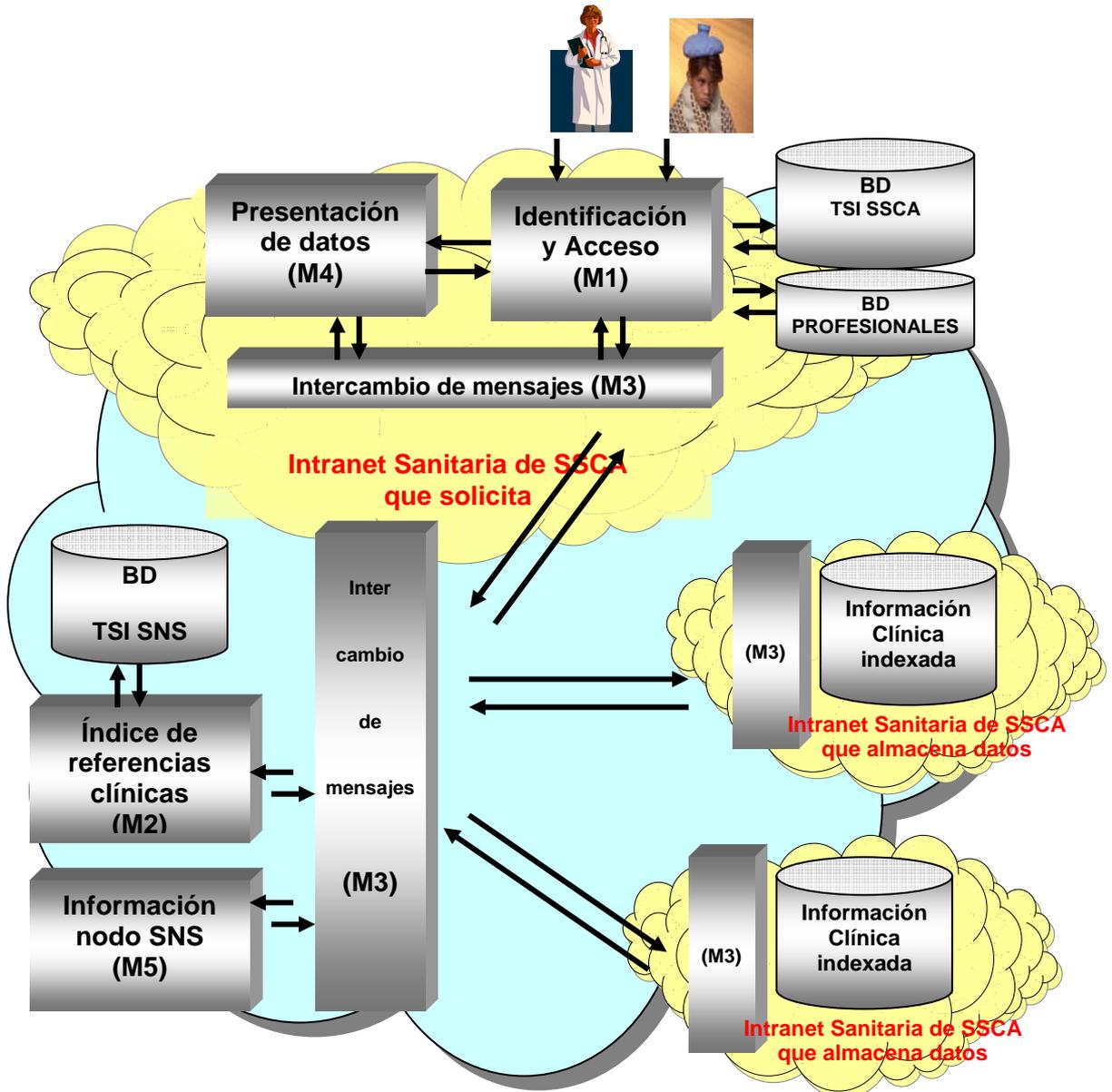
455

456

457

458

459



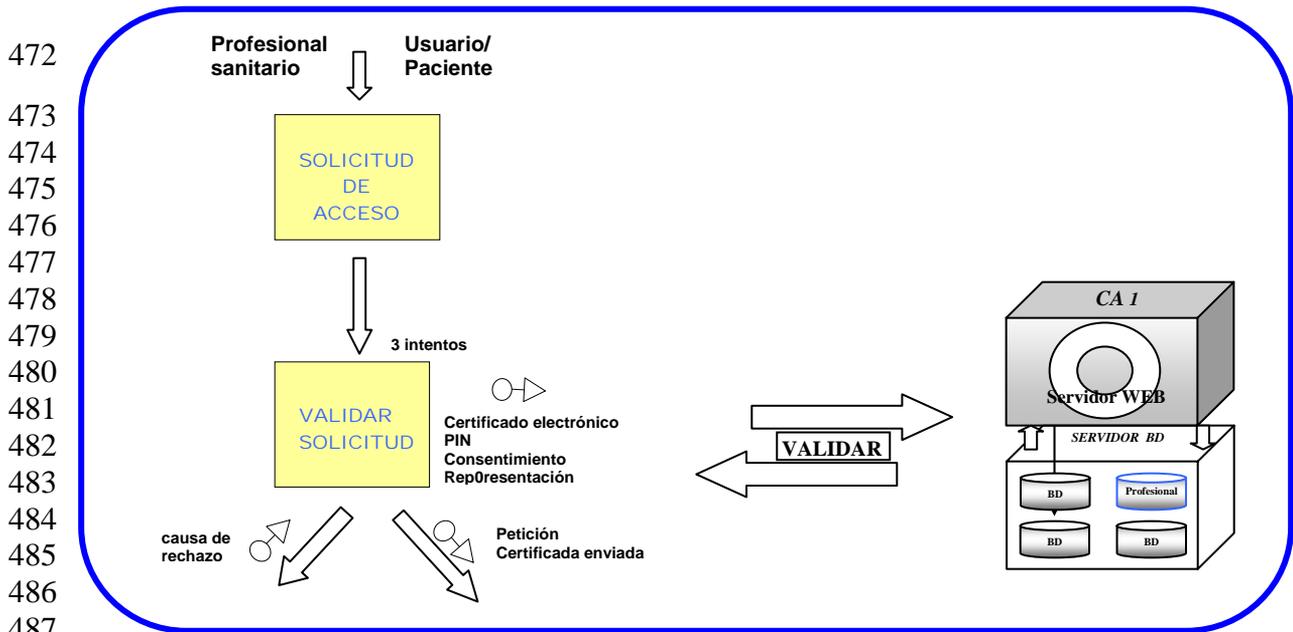
HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE		Estado:	Fecha de creación
Versión 4.0		Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	28/06/07

460 **3.1.5 Análisis de los Módulos**

461 **3.1.5.1 M1 – Módulo de Identificación y Acceso**

462 **3.1.5.1.1 Descripción**

463 Es el módulo que permite o deniega la única entrada posible al sistema
464 HCDSNS. Debe realizar la identificación y autenticación, previa a autorizar
465 el acceso, que sólo debe ser posible para los profesionales sanitarios y los
466 usuarios/pacientes o sus representantes, a través de la intranet segura de
467 su Servicio de Salud una vez que ha validado la identidad y autenticidad
468 de quien intenta acceder. Este módulo es la llave imprescindible para el
469 envío/recepción de datos clínicos de salud a través de la intranet del SNS.
470 Este módulo residirá en el nodo de cada CA.



489 **3.1.5.1.2 Etapas del proceso de identificación**

490 El ciclo de operación sería el siguiente:

- 491 • **Identificación** del profesional sanitario o usuario en el
- 492 momento de conexión al sistema.

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE		Estado:	Fecha de creación
Versión	4.0	Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	28/06/07



494 **En el caso de los profesionales**, esta operación la
495 realizará cada CA contrastando los datos contenidos
496 en la tarjeta profesional con el registro de
497 profesionales facultados para acceder (preferiblemente
498 asociados a grupo), tal y como se especifica en el
499 correspondiente apartado de seguridad.

500 **En el caso de los usuarios**, también la realizará cada
501 CA respecto de sus usuarios en alta. La validación la
502 realizará mediante el CIP, apoyándose en la BD de
503 usuarios de la CA.

504 Con el fin de poder realizar una identificación y
505 autenticación que permita asignarle los permisos
506 adecuados a los ciudadanos que actúan en
507 representación de otros, por incompetencia de estos
508 para decidir, es preciso generar en cada CA un
509 Registro Voluntario de Representados que deberá
510 gestionarse desde cada nodo de la CA. Este registro
511 relacionará la identidad de los representantes que
512 voluntariamente lo soliciten, con la de sus
513 representados, la existencia de tutoría legal explícita o
514 implícita y la caducidad de esta última si existiera.
515 Debe ser posible la inclusión en este registro de las
516 circunstancias anteriormente expuestas relativas a
517 ciudadanos en los que concurra alguna circunstancia
518 de incompetencia para la toma de decisiones y
519 también de aquellas otras que, siendo competentes
520 para decidir, decidan libremente emitir autorización a
521 favor de un representante para el acceso a sus datos
522 de salud de carácter personal.

523
524



525

- **Autenticación**

526

En el caso de los profesionales, mediante certificado electrónico sobre tarjeta inteligente (tipo tarjeta profesional o DNI-e) + PIN.

527

528

529

En el caso de los usuarios, mediante certificado digital en formato software o tarjeta inteligente (DNI-e) + PIN.

530

531

532

- **Legitimación del acceso**. El profesional deberá elegir entre las dos situaciones que le legitiman para acceder: “El paciente o su representante han otorgado consentimiento informado” o “No se ha solicitado el consentimiento del paciente por requerir actuación profesional sin demora”.

533

534

535

536

537

Si el supuesto elegido es el primero, el sistema presentará el formulario de consentimiento informado (anexo 2) y requerirá la firma electrónica del profesional y del ciudadano o su representante (cuando la implantación del DNI electrónico haya alcanzado suficiente extensión en la población española). Hasta que ese momento llegue, el sistema aceptará la lectura correcta de los datos de la banda magnética del ciudadano o su representante (Registro Voluntario de Representados). El sistema remitirá dicho formulario al nodo del SNS e imprimirá dos copias (para interesado y profesional que serán firmadas por ambos hasta la implantación de DNI-e). Para los menores de edad, mayores de 12 años, el formulario deberá ser firmado por el menor y su representante conjuntamente. Para el resto de menores y representados, el consentimiento será otorgado sólo por el representante.

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552



553 Si el supuesto fuera el segundo, el sistema presentará una
554 declaración jurada (Anexo 3), que deberá ser firmada
555 electrónicamente por el profesional y recordará al mismo su
556 obligación de informar a posteriori al paciente (o su
557 representante) de las actuaciones clínicas realizadas con
558 mención expresa del acceso realizado a los datos personales
559 sobre su salud.

560 • Remisión de la petición al SNS junto con los datos de
561 identificación del solicitante y la certificación de los procesos
562 anteriormente descritos el Servicio de Salud.

563 • Rechazo en su caso y causa.

564 3.1.5.1.3 Interfaz de funcionamiento

565
566 El sistema de Historia Clínica Digital en el SNS definirá los protocolos
567 de intercambio de mensajes necesarios para que cualquier aplicación
568 externa corporativa autorizada pueda conectarse y utilizar todos los
569 servicios proporcionados por ella. De este modo quedará abierto a su
570 “enganche e integración” con las aplicaciones actualmente utilizadas
571 para la generación de informes clínicos.

572
573 Las implementaciones de los protocolos definidos para cada una de
574 las plataformas en que funcionan las aplicaciones anteriormente
575 indicadas, serán llevadas a cabo por quienes tengan la propiedad o
576 el usufructo de ellas.

577

578 3.1.5.2 M2 – Módulo de Referencia de datos

579

580 3.1.5.2.1 Descripción

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07

581

582

Permitirá localizar aquellos Servicios de Salud que disponen de información clínica digital. Debe disponer de conexión on line con la BD de TSI del SNS para poder recuperar el código SNS del ciudadano, tras lo cual lanzará una consulta al índice de Referencias Clínicas del nodo SNS.

586

Residirá en el nodo del SNS.

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

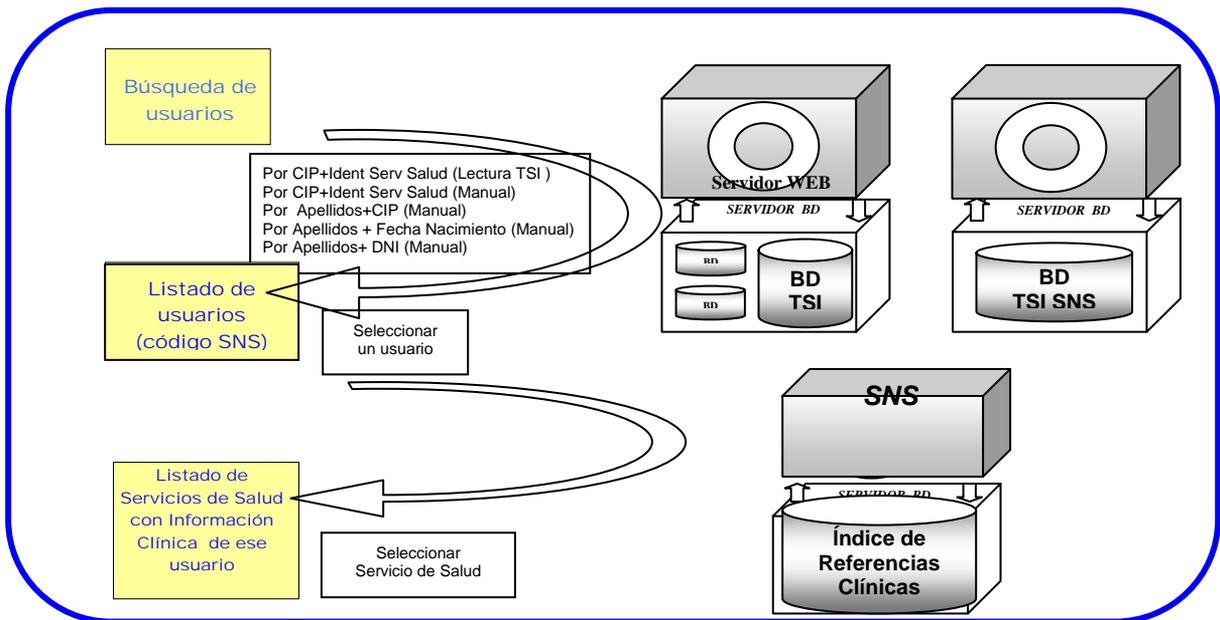
598

599

600

601

602



603

3.1.5.2.2 Interfaces

604

La búsqueda podrá realizarse, tanto a través de una conexión a la BD de TSI SNS mediante el interfaz propio que ya vienen utilizando 11 CCAA, como a través del interfaz nativo del modulo de consulta de la aplicación que se desarrolle para HCD SNS, así como de la interfaz propia de la aplicación propia que cada CA pueda decidir desarrollar, atendándose a los requerimientos fijados por acuerdo en esta documentación.

605

606

607

608

609

610

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



611 **3.1.5.2.3 Funcionalidades**

612

613

- Debe poder capturar los datos <CIP de CA> e <Identificador de Servicio de Salud> de la banda magnética de todas las tarjetas a través de los módulos de lectura ya desarrollados por el Ministerio y disponibles.

614

615

616

617

- Para identificar inequívocamente al usuario y obtener el código SNS, el sistema debe lanzar una búsqueda en modo automático a partir de los valores de los campos obtenidos mediante la lectura de la banda (<CIP><identificador de Servicio de Salud>). Para el caso de no disponer de la TSI, debe existir un menú de búsqueda manual combinando valores de varios campos de los contenidos en la BD TSISNS, que al menos debe incluir las siguientes:

618

619

620

621

622

623

624

<CIP CA> + <Identificador de Servicio de Salud>

625

<Apellidos> + <CIP CA>

626

<Apellidos> + <Fecha Nacimiento>

627

<Apellidos> + <número de DNI>

628

El resultado de esta búsqueda manual será un listado conteniendo uno o varios registros que cumplen los criterios, entre los cuales será preciso realizar una elección en función de otros criterios adicionales.

629

630

631

- El siguiente paso (identificado el usuario y conocido su código SNS) es lanzar una segunda búsqueda al Índice de Referencias Clínicas del SNS dirigida a localizar aquellos Servicios de Salud en los que exista algún conjunto de datos clínicos disponibles en formato digital de los tipos definidos. Como se ve en la figura, la estructura del índice de referencias que se propone vincula al Código SNS de cada usuario todos los Servicios que contienen información clínica digital. Estos dos últimos pasos, que para el sistema son consecutivos, pueden presentarse al usuario del sistema como uno solo, una vez que la identificación de un solo ciudadano se haya producido.

632

633

634

635

636

637

638

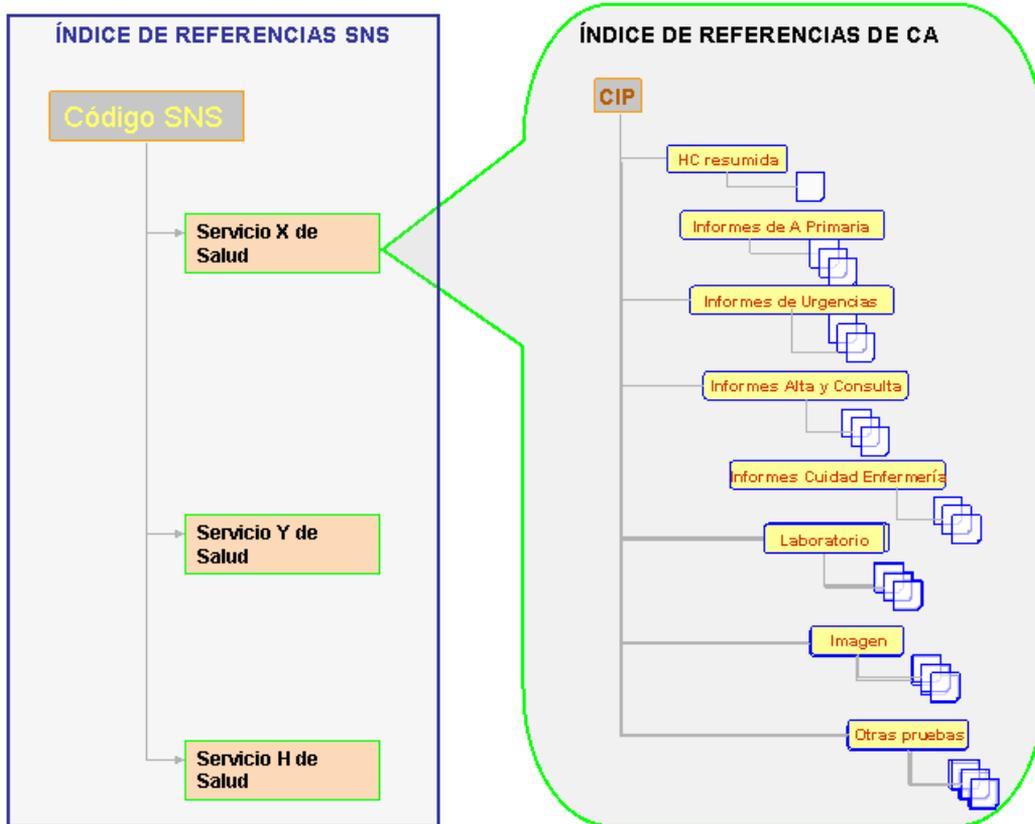
639

640

641

642

643



644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

Los campos que al menos debería presentar en forma de tabla para su selección serían:

<Cod SNS><Id Serv Salud><fecha incorporación primer conjunto de datos al registro><fecha de incorporación del último conjunto de datos>

Ello exige definir un sistema que, desde cada nodo de CA, actualice el índice de referencias clínicas del SNS de forma automática a medida que se genere algún registro nuevo o varíe alguno de los campos anteriores.

- Por último, elegido un Servicio de Salud entre los anteriores, el sistema debería presentar un listado de los tipos de documentos posibles a fin de que el mismo sistema pueda después dirigir una petición de un contenido concreto a un Servicio de Salud concreto.

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE		Estado:	Fecha de creación
Versión	4.0	Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	28/06/07



658 **3.1.5.3 M3 – Módulo de Intercambio de Mensajes**

659 **3.1.5.3.1 Descripción**

660

661 Este módulo es el encargado de la recepción y envío de mensajes a
662 otros módulos. Debe ser capaz de:

- 663 . Construir los mensajes, conforme a la estructura de contenido a
664 definir en el diseño técnico y dirigirlos a los destinatarios
665 correspondientes.
- 666 . Recibir los mensajes entrantes, extrayendo los datos para su
667 presentación. Deben existir módulos de este tipo en todos los
668 nodos de CCAA y en el nodo del SNS. Es preciso pues definir
669 los diferentes tipos de mensajes y para cada uno de ellos,
670 definir en el diseño técnico sus encabezados y sus contenidos.

671

672 **3.1.5.4 M4 – Módulo de Selección y Presentación de datos**

673 **3.1.5.4.1 Descripción**

674

675 Este módulo debe ofrecer, tanto a los profesionales sanitarios
676 asistenciales como a los ciudadanos, una presentación de los
677 conjuntos de datos clínicos digitalizados, debidamente clasificados
678 según un modelo acordado, para facilitar la elección de aquella
679 información que necesitan. En virtud de esa elección, el sistema
680 formulará la petición al Servicio de Salud donde se almacena la
681 información. Asimismo deberá presentar los datos recibidos de la
682 forma más adecuada posible.

683

684

685

686

687

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



688
689
690

3.1.5.4.2 Ciclo de operaciones

691
692
693

3.1.5.4.2.1 Para profesionales

694
695
696

697
698
699

700
701
702

703
704
705

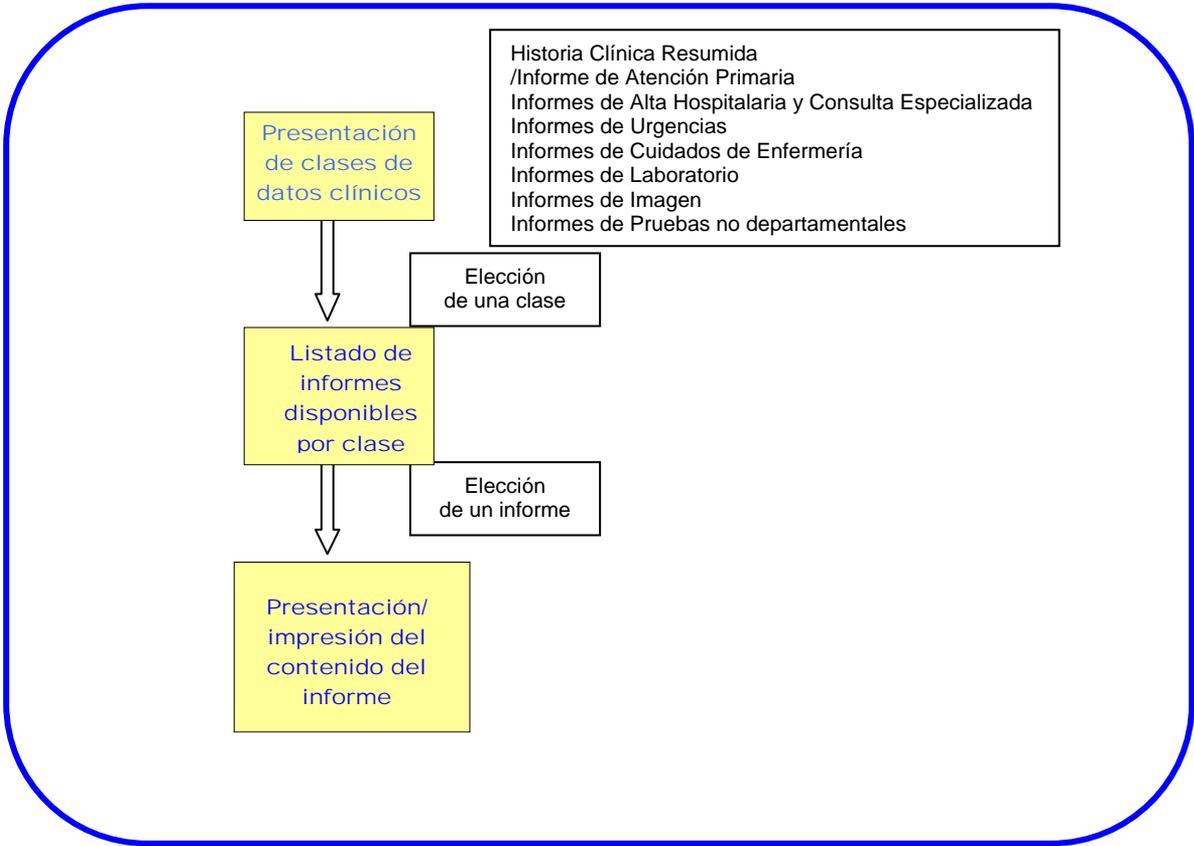
706
707
708

709
710
711

712
713
714

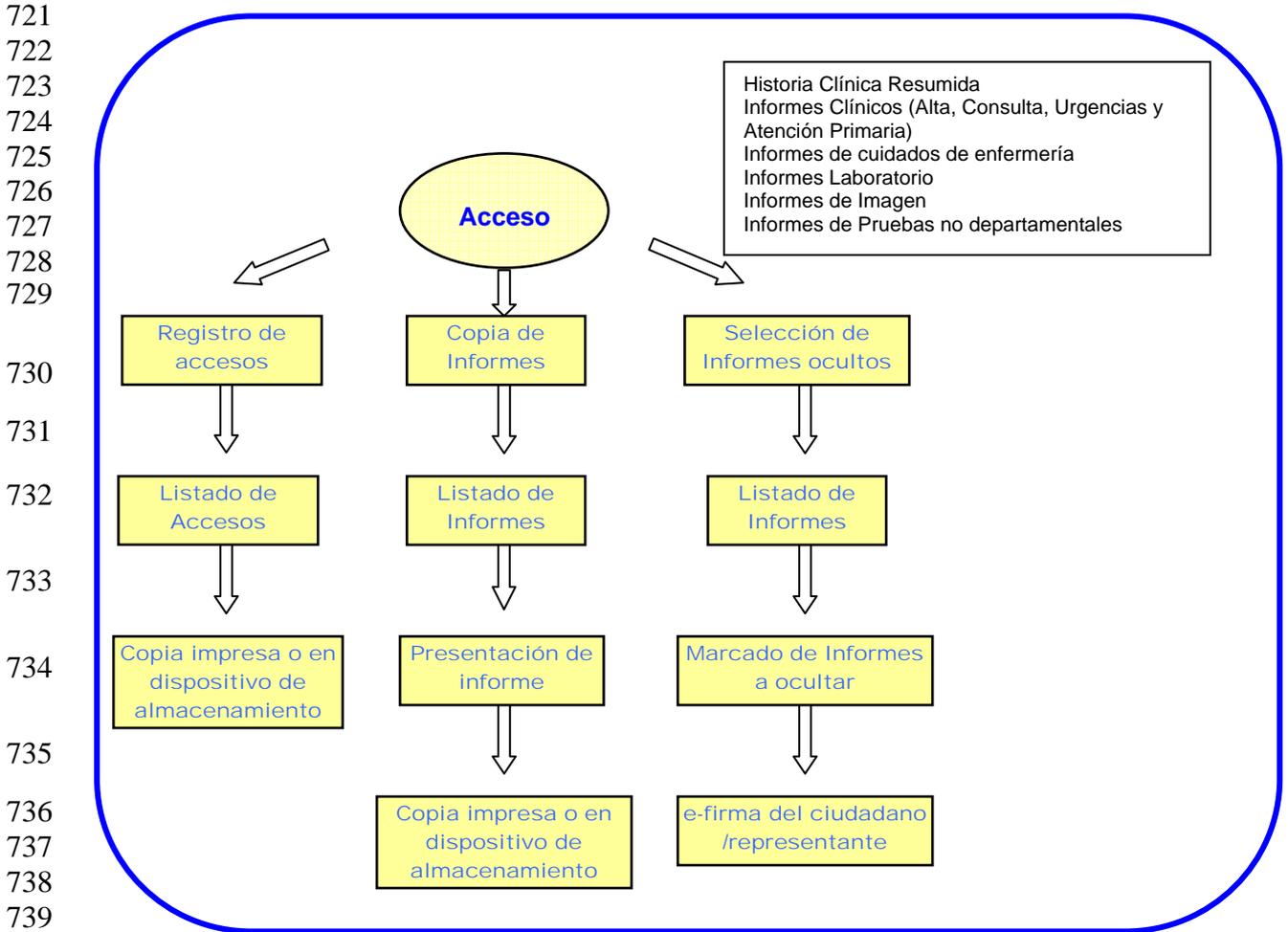
715
716
717

718
719



HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07

720 **3.1.5.4.2.2 Para usuarios/pacientes**



740 **3.1.5.4.3 Funcionalidades**

741 **3.1.5.4.3.1 Para profesionales**

742

743

El módulo debe cubrir las siguientes:

- 744
- **Presentación de la información**, que debe realizarse conforme a una estructura de la información ordenada de las forma siguiente:

745

746 **A. Búsqueda de Código SNS y Servicio de Salud**

747 Ha de presentar las diferentes opciones resultado de la búsqueda a

748 fin de poder seleccionar una de ellas. Debe presentar los conjuntos

749 de datos siguientes:

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE		Estado:	Fecha de creación
Versión 4.0		Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	28/06/07

- 750 ❖ Datos de identificación del profesional que accede.
- 751 ❖ Datos del usuario/paciente en quien se centra la búsqueda
- 752 ❖ Resultado de la búsqueda: <Servicio de Salud><fecha de
- 753 primer conjunto de datos><fecha de último conjunto>

754

755 **B. Búsqueda de conjuntos de datos:**

756 En el menú de búsqueda deben aparecer:

- 757 ❖ Datos de identificación del profesional que accede.
- 758 ❖ Datos del usuario/paciente en quien se centra la búsqueda.
- 759 ❖ Aviso claramente visible de si existen o no informes ocultos a
- 760 los profesionales por decisión del ciudadano.

- 761 ❖ Menú de búsqueda conteniendo los conjuntos de datos a elegir
- 762 clasificados según los siguientes grupos:

763 Para el grupo de facultativos asistenciales

- 764 ○ Historia Clínica Resumida
- 765 ○ Informes de Atención Primaria
- 766 ○ Informes de Alta y Consulta de Especialidades
- 767 ○ Informes de Urgencias (tanto hospitalarias, como de
- 768 Atención Primaria y dispositivos móviles)
- 769 ○ Informes de Resultados de Pruebas de Laboratorio
- 770 ○ Informes de Resultados de Pruebas de Imagen
- 771 ○ Informes de resultados de otras pruebas realizadas por
- 772 servicios clínicos.

773 Para el grupo de enfermería asistencial

- 774 ○ Informe de Cuidados de Enfermería
- 775 ○ Historia Clínica Resumida

776

777 **C. Petición de la clase de datos seleccionada.**

778 Elegida la clase de datos, el sistema debe cursar al Servicio de

779 Salud correspondiente la petición del conjunto de datos que

780 ahora se solicita. Esta petición deberá ir acompañada de los



781 datos identificativos del usuario/paciente y del profesional, con
782 certificación corporativa emitida por el Servicio de Salud
783 peticionario acerca de dichas identidades, autenticación del
784 profesional y sus permisos y declaración jurada que legitima el
785 acceso. Para que este requerimiento pueda ser satisfecho es
786 preciso que cada Comunidad Autónoma tenga indexada la
787 información en su nodo, de acuerdo a las categorías definidas en
788 el anterior apartado 3.1.5.4.3.1. y a los requerimientos
789 establecidos en el anexo 5.

790 Estarán disponibles filtros temporales de búsqueda: Todos, 10
791 últimos resultados, tramos anuales, intervalos de fecha, etc...

792 **D. Resultados de la Búsqueda solicitada: Listado de Informes.**

793 El sistema, presentará un listado de los informes disponibles (un
794 registro por línea) siendo el orden descendente de fechas por
795 defecto, aunque debe admitir ser ordenado por otros campos.
796 Cada registro debe contener los valores de los siguientes
797 campos:

798 <fecha de realización><Tipo de Registro><Centro><Nº
799 Historia><Médico responsable><Servicio>. El campo “Tipo de
800 Registro” es el único que puede presentar diferentes categorías
801 de respuesta según la clase de datos a la que se refiera.

802
803 En los casos, en los que el ciudadano haya decidido ocultar
804 alguno de los informes existentes, el sistema presentará un aviso
805 de esta circunstancia, sin que en el mismo se aporte ningún dato
806 adicional que permita identificar la naturaleza del conjunto que no
807 se presenta.

808
809 En el caso de existir imagen disponible, su acceso se presentará
810 junto a la línea correspondiente a esa exploración en el listado de
811 informes disponibles de esa clase (Imagen), como opcional.

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



812

813

E. Resultados de la Búsqueda solicitada. Informe

814

Dado que se trata de informes que describen episodios concretos y tienen un autor responsable de su contenido, el formato de presentación deberá ser cerrado a fin de que no permita la introducción de cambios. El sistema presentará el contenido del informe como imagen que permita su lectura e impresión, siempre que el usuario/paciente haya autorizado para ello, pero no la edición, ni la copia parcial o total de su contenido.

815

816

817

818

819

820

821

822

Los informes deben atenerse a los contenidos y formatos acordados para el SNS, una vez completadas las fases previstas en la planificación del proyecto (anexo 1) y descritas en el documento denominado “Conjunto Mínimo de Datos Clínicos en el SNS”.

823

824

825

826

827

828

3.1.5.4.3.2 Para usuarios/pacientes

829

El módulo debe cubrir las siguientes funcionalidades:

830

A. Presentación de la información

831

Debe realizarse conforme a una estructura de organización de la información ordenada de la forma siguiente:

832

833

- o **En el Registro de Accesos** debe presentar primero un menú que permita establecer un rango de fechas de acceso. Cumplido este paso, debe presentar en una tabla (una línea por registro) el valor de los siguientes campos:

834

835

836

837

<fecha de acceso><hora><Servicio/especialidad><Centro desde el que accede><Servicio de Salud><Tipo de registro><visualización/impresión><situación de legitimidad><Consentimiento/Declaración jurada><centro emisor><Servicio de Salud emisor>

838

839

840

841



842 El orden de presentación de la información por defecto será
843 descendente de fecha, pudiendo ser ordenada por cualquiera de
844 los restantes campos.

845 ○ **En la copia de informes.** En primer lugar el sistema debe
846 presentar un menú desplegable para que el usuario elija el Servicio
847 de salud al que dirige la petición.

848 Realizado lo anterior, la pantalla de petición debe presentar:

849 ❖ Datos de identificación del usuario que accede.

850 ❖ El menú de conjuntos de datos a elegir, que será:

851 ○ Historia Clínica Resumida.

852 ○ Informes Clínicos (Atención Primaria, Alta post-
853 hospitalización, Consulta Externa de especialidades,
854 Urgencias y Cuidados de Enfermería)

855 ○ Informes de Resultados de Pruebas de Laboratorio, que
856 incluirá al menos todos los informes de resultados de
857 pruebas diagnósticas en los laboratorios de hematología,
858 bioquímica clínica, microbiología, anatomía patológica,
859 inmunología y genética.

860 ○ Informes de Resultados de Pruebas de imagen, que incluirá
861 los informes relativos a estas técnicas emitidos por los
862 servicios de radiodiagnóstico y medicina nuclear.

863 ○ Informes de resultados de otras pruebas realizadas por
864 servicios clínicos.

865 En este grupo estarán contenidos los informes de pruebas
866 diagnósticas realizados por servicios no centrales de los
867 hospitales: ecocardiografía, ECG de 24 horas, ergometría,
868 cateterismo cardiaco, estudio electrofisiológico cardiaco,
869 espirometría, endoscopias de los distintos aparatos,
870 manometría esofágica, electroencefalograma,
871 electromiograma, estudio del sueño, laparoscopia
872 diagnóstica, estudio urodinámico, etc.



873

874

- o **En la selección de informes a ocultar** el sistema debe presentar un menú desplegable para que el usuario elija el Servicio de salud al que dirige la petición.

875

876

877

Realizado lo anterior, la pantalla de petición debe presentar exactamente los mismos apartados que en la funcionalidad anteriormente descrita con una casilla que permita al ciudadano seleccionar aquellos que desea queden ocultos a otros profesionales del SNS de otras CCAA distintas a aquella en la que fueron generados y tratados los datos. El sistema no ocultará ningún documento por defecto y advertirá al ciudadano de los posibles perjuicios para su salud derivados de la toma de decisiones de los profesionales condicionadas por el desconocimiento de datos existentes y requerirá la firma electrónica del ciudadano tras cualquier modificación sobre la situación previa.

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

B. Resultados de la Búsqueda solicitada: Listado de Informes.

890

El sistema, presentará un listado de los informes disponibles (un registro por línea) siendo el orden descendente de fechas por defecto, aunque debe admitir ser ordenado por otros campos. Cada registro debe contener los valores de los siguientes campos:

891

892

893

894

895

<fecha de realización><Tipo de Registro><Centro><Nº Historia><Médico responsable><Servicio>. El campo “Tipo de Registro” es el único que puede presentar diferentes categorías de respuesta según la clase de datos a la que se refiera.

896

897

898



899

900

C. Resultados de la Búsqueda solicitada. Informe

901

Por las mismas consideraciones realizadas en el Apartado 3.1.5.4.3.1.E, el sistema presentará el contenido de los informes como imagen que permita su lectura, impresión y copia en soportes de almacenamiento, pero en ningún caso la edición de su contenido.

902

903

904

905

906

En el caso de la HCR se presentará para su acceso al ciudadano todos sus elementos, exceptuando aquel o aquellos apartados de este registro que contengan anotaciones subjetivas de los profesionales.

907

908

909

910

3.1.5.5 M5 – Módulo de Información del Sistema

911

Se trata de un módulo que debe tener la capacidad de extraer y elaborar determinados informes configurados para su explotación automática a través de menús configurables de búsqueda.

912

913

914

1. **Informe de Accesos.** Permite explotar el registro de accesos realizados a través de los mensajes enviados y recibidos. Deben poder utilizarse filtros de búsqueda para cada valor o tramos de valores de las variables anteriores combinadas, pudiendo ser ordenados los resultados según cualquiera de las variables presentadas, exceptuando las que permitan la identificación personal. Esta funcionalidad será de acceso exclusivo a los administradores del sistema y se explotará sustituyendo los datos de identificación por un código aleatorio que permita distinguir dos usuarios entre sí. No obstante, el administrador del SNS tendrá acceso a revelar los datos de identificación personal, bien por reclamación directa del interesado o su representante, o por petición judicial, o a petición de las autoridades sanitarias de las CCAA con

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929



930 responsabilidades en la custodia de los datos de
931 carácter personal sobre la salud y/o en la gestión del
932 personal sanitario, en aquellos casos en los que exista
933 sospecha de alguna anomalía en los accesos.

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

2. Informe de actividad de transacciones realizadas.

Será capaz de mostrar informes globales de actividad con los mismos filtros de búsqueda anteriores desagregados por las diferentes variables descritas, exceptuando las que permitan la identificación personal.

3. Informe de accesos a un Código SNS. Generará un

listado de todos los accesos realizados a un código SNS. Estará disponible sólo para los usuarios autorizados: el administrador del sistema en respuesta a peticiones de las autoridades judiciales o administrativas responsables de ficheros, o el propio interesado o su legítimo representante.

4. Existirán 3 perfiles de usuarios autorizados a la explotación de informes:

- Administrador del sistema en el SNS Podrá obtener cualquiera de los informes descritos.
- Administrador de cada Comunidad Autónoma. Por parte de cada una de ellas se designará un responsable que administrará un total de 2 personas con permiso de acceso. Éstos podrán obtener informes de actividad, debidamente anonimizados, acerca de las transacciones en las que su Comunidad haya actuado, bien sea como origen o destino de la petición.



988 Estos contenidos deberán actualizarse de forma automática, bien en tiempo
989 real o al menos de forma periódica en el plazo máximo de 48 horas tras su
990 generación en la BD de la CA.

991 **3.1.8 Mantenimiento de la información estructural del sistema**

992 Deberá permitir la carga de datos estructurales que puedan ser objeto de
993 variación en cada una de las instituciones a medida que éstas sucedan.

994 **3.1.9 Mantenimiento de la información básica del sistema.**

995 El sistema ofrecerá los medios necesarios para mantener la información
996 básica del sistema. Esta información estará constituida por los siguientes
997 bloques:

- 998 • Nodos de CA incorporadas al sistema y conectadas a intranet
999 SNS. Rutas de acceso.
- 1000 • Estructura de clasificación de los tipos de documentos
- 1001 • Tabla índice de existencia de información clínica por CA: <CIP>
1002 <COD SNS> <RUTA ACCESO SERVIDOR>
- 1003 • Cada CA definirá las interfaces necesarias para la conexión a
1004 sistemas equivalentes que pudieran estar en funcionamiento en
1005 un determinado Servicio de Salud

1006 **3.1.10 Parametrización del Sistema**

1007 Existen determinadas funcionalidades que deberán ser objeto de
1008 parametrización a la hora de ser instaladas, especialmente aquellas
1009 incluidas en los módulos que van a residir en los nodos de las
1010 Comunidades Autónomas.

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



Función	Valores del parámetro	Finalidad
Denominación de la CA	Listado de CC Autónomas	Personalización del sistema
Denominación del Servicio de Salud	Listado de Servicios de Salud	Personalización del sistema
Logo de Servicio de Salud	Conjunto de logos	Personalización del sistema
Fondo de pantalla	Paleta de colores	Personalización del sistema
Entidades certificadoras	Listado de entidades	Personalización del sistema
Subsistema de oferta de información clínica	Habilitado/ no habilitado	Escalado funcional de la implantación
Acceso a personal de enfermería	Habilitado/ no habilitado	Escalado funcional de la implantación
Acceso de los profesionales a ficheros de imagen	Habilitado/ no habilitado	Escalado funcional de la implantación
Registro de Auditoría para usuarios	Habilitado/ no habilitado	Escalado funcional de la implantación
Acceso a Informes para usuarios	Habilitado/ no habilitado	Escalado funcional de la implantación
Selección de informes a ocultar por los usuarios	Habilitado/ no habilitado	Escalado funcional de la implantación
Descarga de la imagen para usuarios	Habilitado/ no habilitado	Escalado funcional de la implantación

1011

3.1.10.1 Informes y estadísticas

1012

El sistema proporcionará los informes y estadísticas necesarios para la obtención de informes de actividad anónimos por cada Comunidad Autónoma y para el conjunto del SNS.

1013

1014

1015

1016

3.2 Requisitos no funcionales

1017

Bajo este apartado se recogen todos aquellos requisitos que son necesarios para el adecuado funcionamiento del sistema, por ejemplo, políticas de seguridad, normativas de diseño, necesidades hardware o software.

1018

1019

1020

1021

3.2.1 Solución tecnológica para la interoperabilidad

1022

La solución implantada esta preparada para utilizar los estándares de las nuevas tecnologías I*Net.

1023

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07

1024 Se emplea el estándar XML como base del intercambio de información entre
1025 aplicaciones, y el protocolo de comunicación HTTPS. De esta manera se
1026 independiza las comunicaciones entre sistemas de la plataforma tecnológica
1027 utilizada.



1028

3.2.2 Intercambiador del Nodo Central (Broker)

1029

1030

1031

1032

1033

1034

1035

1036

1037

La arquitectura de integración es en estrella. Es decir, el acceso a los Servicios del SNS implica la mediación del Intercambiador para recoger los mensajes enviados por las CCAA en formato SMIME, autentifica a la Comunidad emisora, valida la firma de los mensajes recibidos, extrae del SMIME el Xml y la firma y lo redirige al Servicio al que corresponda el mensaje.

Según las necesidades de los Servicios del SNS, el Intercambiador permite el acceso tanto de manera síncrona como asíncrona.

3.2.3 Registro de un servicio SNS en el intercambiador

1038

1039

1040

1041

Para que el Intercambiador pueda interactuar con los diferentes Servicios, estos han de estar registrados en el sistema. Para ello se necesita:

istrar las operaciones definidas como síncronas y asíncronas.

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE		Estado:	Fecha de creación
Versión 4.0		Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	28/06/07



1042 Registrar el modo de acceso al sistema remoto, indicando el tipo (JMS, SOAP) y
1043 los servidores donde se aloja el Servicio.

1044 **3.2.4 Conexión entre el Intercambiador y Servicios Sns y viceversa**

1045 El Servicio Sns debe implementar un WebService que cumpla el WSDL que se
1046 define en el Anexo1 para permitir al Intercambiador la comunicación tanto
1047 síncrona como asíncrona de las peticiones que le lleguen.

1048 **3.2.4.1 Conexión síncrona**

1049 El Intercambiador invocará el método tramitarOnline del WebService. La
1050 petición al ser síncrona dejará al Intercambiador a la espera de la
1051 respuesta del Servicio Sns.

1052 **3.2.4.2 Conexión desacoplada o asíncrona**

1053 El Intercambiador invocará al método tramitar del WebService. La petición
1054 debe gestionarla el Servicio Sns de manera asíncrona con lo que deberá
1055 devolver el control al Intercambiador de manera inmediata, desacoplando
1056 dicha comunicación de su lógica de negocio. Este desacople puede
1057 realizarse utilizando Colas JMS, MQSeries, etc.

1058 **3.2.5 Conexión entre los Servicios Sns y el Intercambiador**

1059 El Intercambiador dispone de un WebServices definido en el WSDL descrito en el
1060 Anexo2 que recoge las notificaciones de las peticiones desacopladas o
1061 asíncronas.

1062 **3.2.5.1 Identificación de los mensajes y utilización del conector**

1063 El Intercambiador, una vez que se ha comprobado que el mensaje enviado
1064 ha sido emitido por un interlocutor válido, extrae el Xml y la firma del
1065 mismo y la comprueba. Si todo es válido identifica el mensaje al servicio al
1066 que va dirigido.

1067 Para que el Intercambiador identifique la operación solicitada y pueda
1068 identificar al Servicio que corresponde el mensaje Xml debe cumplir la
1069 siguiente estructura:

1070 `<?Xml version="1.0" encoding="iso-8859-1"?)>`



```
1071 <mensaje id="idOp" key="keyNumerico" fecha="2003-07-09-08-58-39">
1072     <origen>
1073         <agente>idAgente</agente>
1074
1075         <comunidad_autonoma>codComunidad</comunidad_autonoma>
1076     </origen>
1077     .....
1078 </mensaje>
```

1080 El idOp es el identificador de la operación que se quiere realizar. Este
1081 identificador debe ser un código alfanumérico único de 5 caracteres, que
1082 debe contener algún carácter específico que diferencie al Servicio Sns de
1083 los ya integrados en el sistema

1084 Ejemplo de id operación del Servicio Fondo de Cohesión: FC001

1085
1086 El Intercambiador extraerá del Xml el idOp e identificará la operación y el
1087 Servicio correspondiente. A través del idOp también identificará el
1088 mecanismo de comunicación con el Servicio Sns, síncrono o asíncrono.

1092 **3.2.6 Intercambio de datos entre las CCAA y el Intercambiador**

1093 Están disponibles los Servicios del SNS de manera síncrona y asíncrona.

1094 **3.2.6.1 Intercambio de datos asíncrono**

1095 Ante una petición de Servicio SNS de manera asíncrona los pasos que se
1096 producen son los siguientes:

- 1097 ▪ El emisor, realiza una petición POST a la URL del Ministerio de
1098 Sanidad y Consumo habilitada para los procesos asíncronos de los
1099 Servicios del SNS, enviando el mensaje correspondiente según la
1100 operación que se pretenda realizar. Esta petición POST es síncrona,

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



- 1101 por lo que el sistema origen deberá esperar la confirmación de
1102 recepción de mensaje por parte del Intercambiador.
- 1103 ▪ El Intercambiador identifica que el emisor sea un agente válido. Si no
1104 es válido se notifica al emisor mediante el código HTTP 512, abortando
1105 la operación.
 - 1106 ▪ Cuando el Intercambiador recibe un mensaje SMIME, extrae el
1107 mensaje Xml y la firma y comprueba que sea válida. Si no es válida se
1108 notifica al emisor mediante el código HTTP 515, abortando la
1109 operación.
 - 1110 ▪ Identifica la operación y el servicio asociado y, mediante el conector del
1111 Servicio, realiza una validación preliminar del Xml. Si no es una
1112 operación registrada se notificará con el código HTTP 516 y si no
1113 supera las validaciones se notificará con el código HTTP 513,
1114 abortando la operación.
 - 1115 ▪ Si supera las validaciones el Intercambiador lo almacena en una cola
1116 de mensajes interna, quedando pendiente para ser procesado.
 - 1117 ▪ En el momento en que el mensaje se almacena en la cola de entrada
1118 del Intercambiador, se notifica la recepción al emisor mediante un
1119 código HTTP 200.
 - 1120 ▪ Una vez desacoplada la operación, el Intercambiador procesa de
1121 manera asíncrona la petición. Utilizando el conector del Servicio
1122 asociado a la operación, envía al sistema remoto donde reside el
1123 Servicio, el id de la operación a realizar, el mensaje Xml recibido, así
1124 como su correspondiente firma.
 - 1125 ▪ Una vez que el Servicio termine la operación, éste puede generar
1126 notificaciones de respuesta. Se comunicará de nuevo con el
1127 Intercambiador, que enviará a los agentes implicados las
1128 notificaciones. Estas notificaciones se almacenarán en la cola de salida
1129 del Intercambiador.
 - 1130 ▪ El Servicio es el encargado de facilitar al Intercambiador la cadena de
1131 conexión de los agentes.



1132 ▪ Este proceso, al igual que el punto 1, es síncrono, y el Intercambiador
1133 quedará esperando una respuesta a la recepción de la información. El
1134 sistema del agente deberá notificar un código HTTP 200, la recepción
1135 de la información.

1136

1137 **3.2.6.2 Intercambio de datos síncrono**

1138 Ante una petición de Servicio SNS de manera síncrona los pasos que se
1139 producen son los siguientes:

1140 ▪ El emisor, realiza una petición POST a la URL del Ministerio de
1141 Sanidad y Consumo habilitada para los procesos síncronos de los
1142 Servicios del SNS, enviando el mensaje correspondiente según la
1143 operación que se pretenda realizar.

1144 ▪ El Intercambiador identifica que el emisor sea un agente válido. Si no
1145 es válido se notifica al emisor mediante el código HTTP 512, abortando
1146 la operación.

1147 ▪ Cuando el Intercambiador recibe un mensaje SMIME, extrae el
1148 mensaje Xml y la firma y comprueba que sea válida. Si no es válida se
1149 notifica al emisor mediante el código HTTP 515, abortando la
1150 operación.

1151 ▪ Identifica la operación y el servicio asociado y, mediante el conector del
1152 Servicio, realiza una validación preliminar del Xml. Si no es una
1153 operación registrada se notificará con el código HTTP 516 y si no
1154 supera las validaciones se notificará con el código HTTP 513,
1155 abortando la operación.

1156 ▪ Si supera las validaciones, utilizando el conector del Servicio asociado
1157 a la operación, el Intercambiador enviará al sistema remoto donde
1158 reside el Servicio, el id de la operación a realizar, el mensaje Xml
1159 recibido, así como su correspondiente firma, quedándose a la espera
1160 de la respuesta de Servicio.

1161 ▪ Una vez obtenida la respuesta del Servicio el Intercambiador firma el
1162 mensaje y lo devuelve al emisor, cerrando la conexión con el agente.

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



1163

1164 **3.3 Seguridad**

1165 Los elementos de seguridad de este sistema tienen valor estratégico, dada la criticidad
1166 del sistema y la naturaleza de los datos de carácter personal que requieren el más alto
1167 nivel de protección de los que establece la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre de
1168 Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/1999 (Reglamento de
1169 Medidas de Seguridad, respecto a la protección en el tratamiento automatizado de datos
1170 de carácter personal)

1171 Adicionalmente a los requisitos de seguridad impuestos por la legislación vigente, dado el
1172 carácter de la información a manejar, los servicios del Sistema Nacional de Salud
1173 cuentan con los siguientes mecanismos de seguridad de forma que se garantice:

- 1174 • La **identidad** de los agentes implicados en la comunicación.
- 1175 • La **privacidad** de la información objeto del intercambio, de forma que esta no
1176 sea revelada a terceros de ninguna forma, ni intencionada ni accidentalmente.
- 1177 • La **integridad** de la información, garantizando que la información recibida no
1178 ha sido manipulada en ningún punto de la comunicación (ni intencionada ni
1179 accidentalmente).
- 1180 • La garantía de **no repudio**, evitando el no reconocimiento por parte de los
1181 agentes de la realización de una operación en el sistema.

1182 Mediante el uso de técnicas de criptografía y clave pública se garantizará la consecución
1183 de los objetivos de seguridad anteriormente expuestos.

1184

1185 **3.3.1 Identificación y Autenticación**

1186 Proporcionará los medios apropiados para efectuar la adecuada
1187 identificación, tanto de los profesionales autorizados por cada CA como de
1188 los usuarios, mediante la utilización de certificados digitales reconocidos o
1189 DNle. En base a ello, la Comunidad Autónoma que solicita datos clínicos
1190 personales, emitirá certificación electrónica acerca de la identificación y
1191 autenticación realizadas, con el fin de que la Comunidad Autónoma con

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



1192 responsabilidades en la custodia de datos clínicos personales pueda ceder
1193 esta información.
1194 Cada Comunidad Autónoma facilitará a los usuarios que figuran en alta en
1195 la base de datos de TSI, exclusivamente el acceso a sus datos clínicos o
1196 los de sus representados. El sistema bloqueará a aquellos usuarios que
1197 fallen en su identificación (PIN) tras tres intentos, hasta que el
1198 administrador, a petición del usuario/profesional, ponga en marcha el
1199 mecanismo de asignación con la entidad certificadora.

1200 **3.3.2 Control de acceso**

1201 El sistema proporcionará los medios adecuados para que puedan
1202 transmitirse las validaciones realizadas por el/los responsables de
1203 seguridad en cada Comunidad Autónoma contra el registro de usuarios
1204 autorizados para acceder (profesionales y pacientes) que garanticen tanto
1205 la identidad de agentes como la autenticidad de los mismos. Ello se
1206 describe con mayor detalle en el apartado 3.1.5.1.
1207

1208
1209 Igualmente, en el caso de acceso por profesionales con fines asistenciales,
1210 será preciso para su procesamiento en el nodo central del SNS, la
1211 existencia de declaración jurada del profesional acerca del consentimiento
1212 expreso del paciente o de imposibilidad para recabarlo en cada caso,
1213 firmada electrónicamente por el profesional y validada por el Servicio de
1214 Salud peticionario (a través del uso de una intranet privada del SNS y
1215 firmando toda la información intercambiada). Es recomendable la recogida
1216 de consentimiento por escrito firmada por el ciudadano o su representante.
1217

1218 El cumplimiento de ambos requisitos debe ser validado por el nodo central
1219 previamente a cursar ninguna petición de información

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



1220 **3.3.3 Cifrado de los contenidos**

1221 A partir del momento en que se asocien datos de identificación del
1222 ciudadano los datos contenidos en la mensajería deberán ser encriptados
1223 para su transmisión a través de una intranet sanitaria segura a la que
1224 podrán acceder los profesionales autorizados, los administradores del
1225 sistema y los usuarios, estos últimos a través de una web segura.

1226

1227 **3.3.4 Registro de accesos (técnicamente Registro de Auditoría)**

1228 Se registrarán todos los intentos de acceso, tanto los rechazados como los
1229 autorizados por el sistema. En este último caso, se deberá registrar toda la
1230 información vinculada que permita identificar los actuantes, la fecha y la
1231 hora, legitimación del acceso, tipo de acceso y fichero accedido.

1232 En caso de denegarse el acceso se guardará traza del intento y la causa
1233 de la denegación del servicio.

1234 **3.3.5 Auditoria de Accesos.**

1235 Además de los requerimientos de acceso establecidos a priori, existirá un
1236 Comité de Administradores del Sistema, presidido por el Administrador del
1237 SNS, en el que se integrarán los administradores del sistema de HCDSNS
1238 de cada CA, cuya principal función será la de proponer aquellas mejoras
1239 en los elementos de seguridad del sistema y detectar a posteriori usos
1240 inadecuados. Respecto de estos últimos, deberán trasladar formalmente a
1241 la administración sanitaria competente el informe descriptivo de los hechos
1242 detectados a fin de que adopte las medidas organizativas o sancionadoras
1243 que correspondan. Estos aspectos arriba mencionados serán
1244 desarrollados con mayor detalle dentro del correspondiente documento de
1245 seguridad.

1246

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



1247 **3.3.6 Red privada. Intranet Sanitaria**

1248 La comunicación entre las diferentes CCAA y el Ministerio de Sanidad y
1249 Consumo se realiza a través de la Intranet Sanitaria. Esta infraestructura
1250 proporciona una red privada de comunicación entre las CCAA y el
1251 Ministerio de Sanidad y Consumo, restringiendo el acceso solamente a los
1252 agentes involucrados en las transacciones.

1253

1254 **3.3.7 Seguridad en la Intranet Sanitaria**

1255 La infraestructura de la Intranet Sanitaria está protegida mediante
1256 Firewalls. El Firewall es una herramienta preventiva contra ataques, que
1257 realiza una inspección del tráfico entrante y saliente. Esto impide que
1258 servicios o dispositivos no autorizados accedan a ciertos recursos y de
1259 esta manera protegerlos contra ataques de denegación de servicios por
1260 ejemplo (DoS)

1261 **3.3.8 Seguridad en las comunicaciones.**

1262 La comunicación entre los agentes (CCAA) y el Ministerio de Sanidad y
1263 Consumo se realiza utilizando comunicaciones encriptadas mediante SSL.
1264 De esta manera se garantiza la privacidad de la información.

1265 **3.3.9 Certificados**

1266 La identificación de los agentes que pretendan acceder al sistema se
1267 realiza utilizando certificados digitales, que podrían ser perfectamente los
1268 emitidos por la Fabrica Nacional de Moneda y Timbre (FNMT, proyecto
1269 CERES) o por cualquier otra Autoridad de Certificación reconocida,
1270 identificando así a los sistemas.

1271 De igual forma, el Ministerio de Sanidad y Consumo dispone de un
1272 certificado digital que permita al resto de sistemas y agentes confirmar que
1273 realmente están interactuando con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

1274 Además de garantizar la autenticación de los agentes, los certificados
1275 digitales permitirán la firma digital de los datos en los procesos disponibles

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		28/06/07



1276 en los diferentes servicios del SNS. Con la utilización de la firma digital se
 1277 garantiza la integridad de la información y el no repudio de las operaciones
 1278 realizadas.
 1279 Los datos que se reciben y envían entre las CCAA y el Ministerio de
 1280 Sanidad y Consumo están definidos en formato Xml, encapsulado en el
 1281 estándar de Smime.
 1282 Las principales características de Smime son:
 1283 • Extensión de MIME para proporcionar seguridad.
 1284 • Permite la posibilidad de cifrar y firmar mensajes.
 1285 • La sintaxis utilizada es CMS (pkcs-7).
 1286 • Utiliza certificados X509v3.
 1287 La firma digital de los mensajes Smime se realiza mediante el certificado
 1288 de cliente del agente.
 1289 Por otro lado, es necesario que los servidores Web que participan en el
 1290 intercambio de mensajes posean un certificado de servidor válido para
 1291 poder establecer la comunicación SSL.

1292 **3.3.10 Certificados Soportados por el Msc**

1293 Los Certificados Digitales que admite el Ministerio de Sanidad y Consumo
 1294 son:

1295 **FNMT**

1296 Fábrica Nacional de Moneda y Timbre.
 1297 Persona física
 1298 Persona Jurídica para el Ámbito Tributario
 1300 Certificado de componente

1301 **CATCERT**

1302 Agencia Catalana de Certificación (ACC).
 1303 EC-ACC: Agencia Catalana de Certificació (arrel).
 1304 EC-AL: Administracions Locals de Catalunya.
 1305 EC-GENCAT: Generalitat de Catalunya.
 1306 EC-SAFP: Secretaria d'Administració i Funció Pública.
 1307 EC-UR: Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació.
 1308 Entitat de certificació (IDCat): Ciudadanos/as.

1309 **CAGVA**
 1310
 1311

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE		Estado:	Fecha de creación
Versión	4.0	Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	28/06/07



1312	Autoridad de Certificación de la Generalidad Valenciana.
1313	Certificado Reconocido en dispositivo seguro para el ciudadano
1314	Certificado Reconocido en soporte software para el ciudadano
1315	Certificado Reconocido de Entidad
1316	
1317	IZENPE
1318	Autoridad de Certificación Vasca
1319	Certificado de Ciudadano v2.0
1320	Certificado de Entidad en tarjeta criptográfica
1321	Certificado de Entidad en soporte Software
1322	Certificado de entidad sin personalidad jurídica
1323	Certificado Personal de entidades públicas
1324	Certificado Corporativo reconocido
1325	Certificado Órgano administrativo
1326	
1327	ANF
1328	ANF Autoridad de Certificación.
1329	Certificado de Clase 2 de Persona Física
1330	Certificado de Clase 2 de Persona Jurídica
1331	
1332	e-DNI
1333	Documento Nacional de Identidad electrónico. Emitido por la Dirección
1334	General de Policía y el Ministerio del Interior.
1335	Autenticación de Ciudadano (SHA1)
1336	Firma de Ciudadano (SHA 1)
1337	
1338	CAMERFIRMA
1339	Emitido por la autoridad de certificación digital de las Cámaras de Comercio
1340	españolas.
1341	Persona Física. Soporte Software. Clave generada PSC
1342	Persona Física. Soporte Software. Clave generada Usuario
1343	Persona Física. Soporte Hardware. Clave generada PSC
1344	Persona Física. Soporte Hardware. Clave generada Usuario
1345	Persona Jurídica. Soporte Software. Clave generada PSC
1346	Persona Jurídica. Soporte Software. Clave generada Usuario
1347	Persona Jurídica. Soporte Hardware. Clave generada PSC
1348	Persona Jurídica. Soporte Hardware. Clave generada Usuario
1349	Representante. Soporte Software. Clave generada PSC
1350	Representante. Soporte Software. Clave generada Usuario
1351	Representante. Soporte Hardware. Clave generada PSC
1352	Representante. Soporte Hardware. Clave generada Usuario
1353	
1354	Firma Profesional
1355	Tipo de Certificado: Certificado Reconocido de Colegiado Común
1356	Tipo de Certificado: Persona Jurídica
1357	Certificado Reconocido de Colegiado con DSCF
1358	Certificado Reconocido de Persona Vinculada con DSCF



1359	Certificado Reconocido de Persona Vinculada Común
1360	
1361	Banesto
1362	Tipo de Certificado: Persona Física
1363	Tipo de Certificado: Persona Jurídica
1364	
1365	ACA
1366	Tipo de Certificado: Colegiado
1367	Tipo de Certificado: Administrativo
1368	
1369	ANCERT
1370	Tipo de Certificado: Notarial Corporativo
1371	Tipo de Certificado: Notarial Corporativo de Representación
1372	Tipo de Certificado: Notarial Personal
1373	Tipo de Certificado: Notarial Personal de Representación Personal
1374	Tipo de Certificado: FEREN
1375	Tipo de Certificado: Certificados para Empleados
1376	Tipo de Certificado: Corporaciones de derecho público
1377	



1378

1379

3.3.11 Resumen del funcionamiento general de la seguridad en el Nodo

1380

Central.

1381

1.- Una Comunidad envía un mensaje Xml en formato Smime al Ministerio de Sanidad y Consumo. Al formar el Smime la Comunidad firmará el mensaje Xml con el certificado de cliente de la propia CA.

1382

de Sanidad y Consumo. Al formar el Smime la Comunidad firmará el mensaje Xml con el certificado de cliente de la propia CA.

1383

de Sanidad y Consumo. Al formar el Smime la Comunidad firmará el mensaje Xml con el certificado de cliente de la propia CA.

1384

2.- Se establece el protocolo SSL con el Ministerio de Sanidad y Consumo, identificando con el certificado de cliente a la CA emisora.

1385

identificando con el certificado de cliente a la CA emisora.

1386

3.- Se recibe los datos en el formato Smime

1387

4.- Se valida la firma digital realizada sobre el Xml, asegurando que no ha habido ninguna modificación desde que se generó el mensaje.

1388

habido ninguna modificación desde que se generó el mensaje.

1389

5.- Se obtienen y se procesan los datos del mensaje Xml recibido

1390

6.- Se envía la notificación del mensaje Xml recibido a la CA emisora y si

1391

da el caso, se envía otra notificación a las CCAA que puedan haber sido

1392

afectadas en la transacción. Al enviar las notificaciones se realiza de

1393

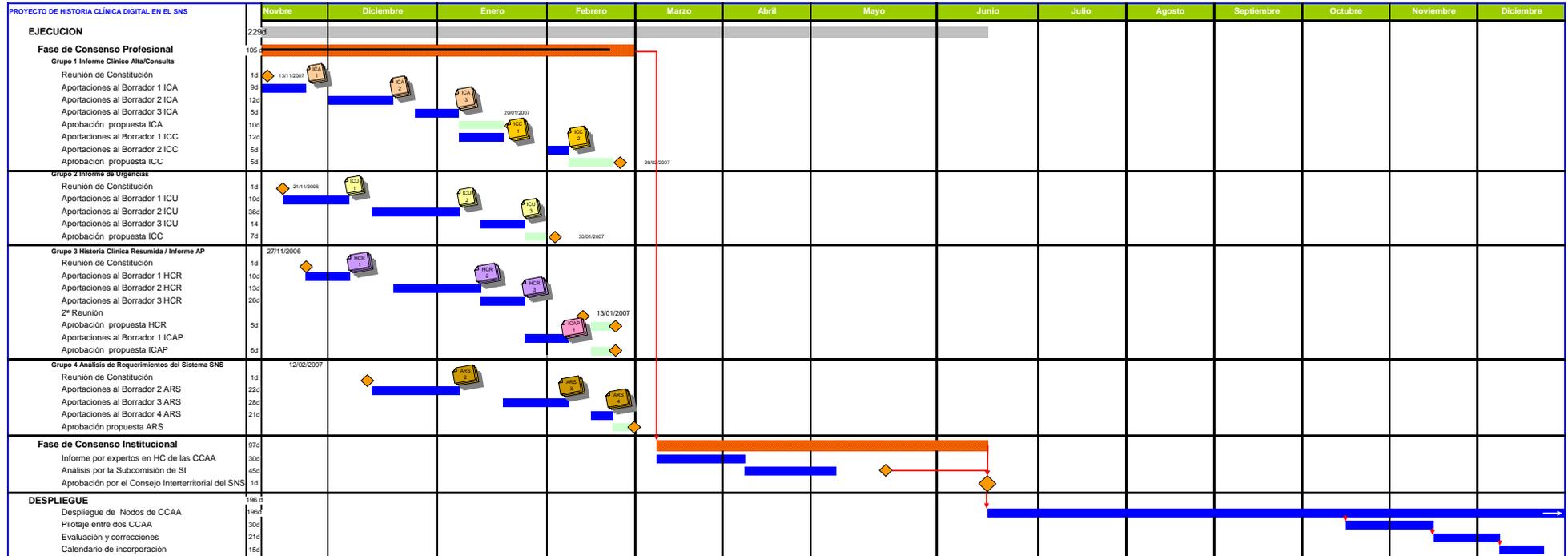
nuevo los pasos 1 y 2, pero esta vez se utiliza el certificado de cliente del

1394

Ministerio de Sanidad y Consumo.



Anexo 1- Planificación del Proyecto



HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE		Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión	4.0		28/06/07



Anexo 2- Formulario de Consentimiento Informado

<nombre y apellidos de paciente¹> con fecha de nacimiento <fecha de nacmto¹>, con CIP <CIP de la CA en alta¹> de la Comunidad Autónoma de <denominación de la CA¹> y Código SNS <Cod SNS¹>, ha acudido al <denominación del centro>² de <localidad y provincia del centro>² en el día de la fecha, en solicitud de asistencia sanitaria.

MANIFIESTA:

Haber comprendido el contenido de la información facilitada por <nombre apellidos de profesional sanitario³> y la conveniencia de acceder a la información más exacta posible acerca de su salud, existente en otros centros sanitarios de otras comunidades autónomas, a fin de poder recibir la atención que solicita, en las mejores condiciones posibles de calidad. La denegación de este consentimiento podría comportar, como perjuicios para el/la interesado/a los derivados de la toma de decisiones por el profesional ignorando datos de salud que pudieran ser esenciales, pero en modo alguno conllevaría una menor implicación de este profesional en la atención de este proceso.

Por ello,

AUTORIZA:

El acceso de est<e/a> profesional sanitario a la visualización de los datos personales sobre su salud, que puedan existir en otros centros del Sistema Nacional de Salud. Además, en el caso de generar nuevos apuntes en la historia clínica, a la impresión de los datos visualizados con el fin de que haga posible su incorporación al expediente clínico de ese centro, siendo el único uso autorizado de toda esta información la atención de sus problemas de salud actuales.

(espacio a utilizar solo en caso de consentimiento subrogado)

No habiendo sido posible el consentimiento <del/ de la> paciente por incapacidad para decidir, realizó la autorización subrogada <nombre y apellidos del/ de la representante>⁴ con DNI nº <Nº DNI representante>⁴ en calidad de <tipo relación con paciente>⁴ y en representación de los intereses <del/ de la> de la paciente.

Fdo.

En <localidad²> < fecha actual>

Fdo. <nombre apellidos profesional sanitario³>

Fdo. <nombre apellidos paciente¹>

¹ Según TSI de la CA de alta

² Datos según Inventario de Centros de AP, Estadística sobre Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) y en el futuro Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (RECESS)

³ Datos del registro de profesionales de la comunidad autónoma que solicita

⁴ Datos a alimentar manualmente

Anexo 4- Declaración Jurada de situación clínica que requiere actuación inmediata

<nombre del/la profesional sanitario que accede¹> <grupo profesional>¹ <denominación de la especialidad¹> del <denominación del centro²> <servicio o unidad²> en <localidad y provincia del centro²>

DECLARA Y JURA/PROMETE:

Que <el/la> paciente <nombre y apellidos paciente³>, nacida el <fecha de nacmto³>, con CIP <CIP de la CA³> de la Comunidad Autónoma de <denominación de la CA³> y Código SNS <Cod SNS³>, se encuentra en el día de la fecha en este centro, en una situación clínica de

<descripción de la situación clínica>

4

Esta situación requiere actuación diagnóstica y/o terapéutica sin demora por suponer riesgo para su vida, razón por la que **NO se ha solicitado** su consentimiento para acceder a aquellos datos personales acerca de su salud que puedan existir en centros sanitarios de otras comunidades autónomas y que podrían ser trascendentes para la prestación de atención sanitaria que precisa.

El único uso que se hará de estos datos será el asistencial en relación con los actuales problemas de salud.

En <localidad²> < fecha actual>

<firma electrónica del profesional sanitario >

<espacio para introducir el PIN enmascarado del profesional sanitario>

¹ Datos del registro de profesionales de la comunidad autónoma que solicita

² Datos según Inventario de Centros de AP, Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado(EESCRI) y en el futuro Registro General de centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (RECESS)

³ Datos según TSI del SNS

⁴ Datos a alimentar manualmente

Anexo 5- Requerimientos Básicos de los nodos de Comunidad Autónoma

1. *Conexión de la base de datos de la CA con la base de datos TSISNS. Este es el elemento que permite identificar de forma inequívoca a un usuario del SNS, fuera de su comunidad autónoma de residencia habitual y capturar su código SNS imprescindible para la localización de información de salud en este modelo concreto.*
2. *Implementación de un Nodo de intercambio en la CA, dotado de:*
 - 2.1. *Un registro de profesionales con asignación de cada uno de ellos, al menos, a grupo (personal médico asistencial, enfermería, etc..) dotados de firma electrónica avanzada (o DNI-e). que permita las validaciones de control de acceso y el registro de auditoría.*
 - 2.2. *Un registro de ciudadanos autorizados mediante la conexión a la BD de TSI de la CA y con los dispositivos que permitan autenticar a los usuarios, dotados de firma electrónica avanzada (o DNI-e)*
 - 2.3. *Un registro voluntario de ciudadanos representados, en el que estén contenidos los representados vinculados a sus representantes, la existencia de tutoría legal explícita o no y la caducidad de la misma si existiera.*
 - 2.4. *Un índice de referencias clínicas de la CA en el que cada conjunto de datos clínicos cumpla las siguientes condiciones:*
 - 2.4.1. *Asignado a una clase de conjunto de datos (Historia Clínica Resumida, Informes de alta y consulta, Informes de urgencia, Informes de Atención Primaria, Informes de Cuidados de Enfermería, Laboratorio, Informes de pruebas de Imagen, Informes de Otras pruebas)*
 - 2.4.2. *Asociado al CIP-CA*
 - 2.4.3. *Asociado a una ruta de acceso que permita al sistema localizarlo en la BD concreta en la que se encuentre.*
 - 2.4.4. *En formato estándar (PDF) protegido contra edición y copia parcial.*
 - 2.4.5. *Etiquetado con propiedades que permitan conocer determinados atributos de su contenido sin necesidad de su apertura (desencriptación)*
 - 2.4.6. *Con sistemas que permitan al ciudadano elegir aquellos conjuntos de datos que no desee que puedan ser observados desde profesionales de otras CCAA.*
 - 2.5. *Un sistema automático de mensajería que actualice el índice de Referencias Clínicas del nodo del SNS con aquellas modificaciones sucedidas en los conjuntos de datos clínicos del nodo de CA (incorporación o desaparición de conjuntos de datos asociados a cada CIP o Código SNS).*
 - 2.6. *Una distribución de las BD de documentación clínica que no supere un nivel.*

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión	4.0	28/06/07



2.7. *En el aspecto tecnológico, el nodo ha de estar dotado de::*

2.7.1. Los módulos de interoperabilidad que facilitará el MSC

2.7.2. Los servidores necesarios, que incluyen: un servidor Web y un servidor de intercambio de mensajes XML.

2.7.3. Aplicaciones de historia clínica que permitan la extracción automática de aquellos contenidos definidos en el conjunto mínimo de la Historia Clínica Resumida del SNS. Además estas aplicaciones deben poder consolidar en su base de datos de CA aquellos contenidos de la HCR consultada que sean considerados de interés por el profesional que acceda.



Anexo 6 – Catálogos

DOCUMENTO DE ORIGEN	VARIABLES	DENOMINACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA	SIGLAS	CATEGORIAS DE RESPUESTA
ICA, ICC, ICU	Denominación del Centro Dirección del Centro	Catálogo Nacional de Hospitales con posterioridad Registro General de Establecimientos Centros y Servicios Sanitarios)	CNH (RECESS)	http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm
ICAP, HCR	Denominación del Centro Dirección del Centro	Inventario de Centros de Atención Primaria (con posterioridad RECESS)		http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/centrosSalud/home.htm
ICA, ICC, ICU, ICAP, HCR	Diagnósticos Procedimientos	Clasificación internacional de enfermedades	CIE9-MC	http://www.msc.es/estadEstudios/ecie9mc/webcie9mc/webcie9mc.htm
			CIAP-2	Link estará disponible en futuro próximo
ICA, ICC, ICU, ICAP, HCR	Fármacos	Nomenclator Oficial del MSyC de Fármacos	DIGITALIS	http://www.msc.es/profesionales/farmacia/nomenclatorDI.htm
ICA, ICC, ICU, ICAP, HCR	Fármacos	Fichero complementario de productos farmacéuticos	INTEGRA	http://www.msc.es/profesionales/farmacia/nomenclatorDI.htm
ICA, ICC, ICU, ICAP, HCR	Tipo de Documento	CMDIC		Informe Clínico de Alta Informe Clínico de Consulta Externa Informe Clínico de Urgencias Historia Clínica Resumida Informe de Atención Primaria Informe de Cuidados de Enfermería Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio Informe de resultados de Pruebas de Imagen
ICA, ICC, ICU, ICAP, HCR	Categoría profesional 1 y 2	CMDIC		Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio Facultativo Médico de Familia Pediatra de Atención Primaria Texto Libre
ICA, ICC,	Servicio	CMDIC		Según normativa en vigor en cada momento (actualmente RD 127/1984) Alergología Anestesiología y Reanimación Angiología y Cirugía Vascul ar Aparato Digestivo Cardiología Cirugía Cardiovascular Cirugía General y del Aparato Digestivo Cirugía Oral y Maxilofacial Cirugía Ortopédica y Traumatología Cirugía Pediátrica Cirugía Torácica Cirugía Plástica, Estética y Reparadora Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología Endocrinología y Nutrición Geriatría Hematología y Hemoterapia Medicina Intensiva

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE

Estado:

**Documento de fusión 3
(Grupo de expertos)**

Fecha de creación

Versión

4.0

28/06/07



Análisis de Requerimientos del Sistema

				<p>Medicina Interna Nefrología Neumología Neurocirugía Neurofisiología Clínica Neurología Obstetricia y Ginecología Oftalmología Oncología Médica Oncología Radioterápica Otorrinolaringología Pediatría y sus áreas específicas Psiquiatría Reumatología Urología</p>
ICA, ICC, ICU, ICAP, HCR	Denominación del Servicio de Salud	CMDIC		<p>SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.</p>
ICA	Motivo de Ingreso	CMDIC	CIE9-MC	http://www.msc.es/estadEstudios/ecie9mc/webcie9mc/webcie9mc.htm
ICC, ICU	Motivo de Consulta	CMDIC	CIE9-MC	http://www.msc.es/estadEstudios/ecie9mc/webcie9mc/webcie9mc.htm
ICA ICU	Motivo del Alta	CMDIC		<p>Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a otro Centro hospitalario Traslado a Centro Sociosanitario Alta Voluntaria Fallecimiento Otros</p> <p>Ingreso Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a otro Centro hospitalario Traslado a Centro Sociosanitario Alta Voluntaria Fallecimiento Otros</p>
ICA	Tipo de Ingreso	CMDIC		Urgente Programado
ICU	Tipo de Consulta	CMDIC		Enfermedad Accidente de Tráfico Accidente Laboral Otros Accidentes
ICU	Unidad Asistencial Responsable	CMDIC		Servicio de Urgencia Hospitalaria Servicio de Urgencia de Atención Primaria SAMU Texto Libre



	Tipo de ingreso	CMDIC		Urgente Programado
--	-----------------	-------	--	-----------------------



Anexo 7- Recomendaciones para la Implantación

Aunque estas recomendaciones habitualmente no son propias de la fase de definición de los requisitos del sistema, que es la que el presente documento refleja, en este caso concreto ha surgido la necesidad de despejar algunas inquietudes, surgidas entre los participantes en la elaboración del documento.

Una de las peculiaridades de este proyecto es que su entrada en producción aportará funcionalidades adicionales a quien lo use ya que no reemplaza a ningún otro sistema preexistente. Esto es en sí una de las fortalezas del proyecto para su implantación.

La estrategia general de implantación que se recomienda en cada nodo de CA consiste en la instalación de funcionalidades de nivel básico en un ámbito territorial limitado en la etapa inicial, a la que deberá seguir una segunda etapa de extensión territorial de las funcionalidades de nivel básico hasta el nivel territorial pleno y finalmente una tercera consistente en la incorporación de funcionalidades de mayor complejidad hasta implantación plena.

La filosofía de partida, que es parte de este proyecto desde sus inicios, es la de implantar un sistema factible a corto plazo, basado en compartir lo que ahora existe; es decir, todos aquellos conjuntos de datos clínicos que ya se encuentran en un formato digital. Con la confianza puesta en que una lógica asistencial, común a todos los profesionales y centros del SNS, ha determinado al menos un nivel mínimo de homogeneidad en los contenidos de los conjuntos a compartir el sistema HCDSNS podría incluirlos tal y como han sido generados en los últimos años.

Sin embargo, si pretendemos no quedarnos en la concepción más básica de compartir como objetos los documentos generados en los últimos años, es necesario acordar un nivel mínimo de uniformidad de los contenidos por razones no solo de interoperabilidad semántica, sino de servicio a los ciudadanos y profesionales. De esta forma, los gestores de los conjuntos de datos que a partir de la fecha de implantación los generen, lo hagan ateniéndose a una normalización mínima tanto de los contenidos como de los formatos que, previamente acordada, haga fácil su intercambio de datos entre aplicaciones distintas. El uso de formatos acordados (estándares de contenido) utilizando vocabularios estandarizados (cuando se trate de texto libre) o conforme a catálogos previamente fijados (sistemas de codificación) que hagan posible la explotación de datos

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE		<p>Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)</p>	Fecha de creación
Versión	4.0		28/06/07

y la traducción lingüística a diferentes idiomas, son elementos claves sin los cuales la interoperabilidad es sólo un concepto teórico e inalcanzable. Para que, tanto los ciudadanos como los profesionales puedan localizar con rapidez y facilidad determinados datos de su interés, dentro de todo el conjunto, es esencial poder garantizar una estructura de datos fácilmente previsible y una terminología lingüísticamente comprensible.

Por todo ello, más allá de una necesidad técnica, el acuerdo sobre los contenidos es una garantía de accesibilidad e inteligibilidad de la información para aquellos agentes que necesitan usarla en el conjunto del SNS (ciudadanos y profesionales) y un instrumento de cohesión entre dispositivos asistenciales que se gestionan siguiendo un modelo descentralizado.

La **estrategia general de implantación**, que se recomienda en cada nodo de CA podríamos definirla en tres fases sucesivas:

- Instalación de **funcionalidades de nivel básico** en un ámbito territorial limitado
- **Extensión territorial** de las funcionalidades de nivel básico hasta el nivel territorial pleno
- Incorporación de **funcionalidades de mayor complejidad** hasta la implantación de complejidad plena.

En relación **estrategia de gestión de los contenidos** se propone la siguiente:

1. **Conjuntos de Datos históricos** En cada nodo de CA los conjuntos de datos en ese momento existentes y correspondientes a periodos anteriores a la fecha de implantación, podrán ser incorporados en formato PDF, con los atributos definidos en el documento CMDIC que permita su búsqueda en razón de de sus contenidos. El periodo histórico a incluir podrá ser variable en cada caso, en virtud de la distinta situación de partida, pero es recomendable que al menos se incorpore el histórico de los últimos 5 años. Naturalmente, en virtud de la diferencia de situación de los distintos archivos electrónicos a integrar (de diferentes centros) existirán vacíos en determinados tipos de conjuntos de datos o intervalos de tiempo. En ese caso es preciso tener identificados los vacíos de información para su presentación a los usuarios del sistema.

HCDSNS_G18_ARS_120407_v4.0NUE		Estado:	Fecha de creación
Versión		Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	28/06/07
4.0			



2. Conjuntos de Datos de nueva generación Los nuevos conjuntos que se originen a partir de la fecha de integración en el sistema sí deberán atenerse al formato de contenidos mínimos previamente acordado, tal y como está reflejado en el documento HCD_CMDIC. Cabe la posibilidad de que una Comunidad Autónoma decida no generar un tipo de documento concreto. En ese caso no existirán conjuntos de datos de esa clase, lo cual deberá ser explícitamente señalado para su incorporación al sistema y presentación al usuario del mismo.

La Historia Clínica Resumida es un conjunto de datos actualmente inexistente en el SNS que sí deberá ser generado por todas las CCAA, que deberán hacerlo con arreglo a los formatos mínimos acordados. Dada la novedad de su definición, su incorporación al sistema podrá realizarse con posterioridad a la de incorporación de la CA al sistema, una vez que estén a punto los mecanismos técnicos para generarla. El origen de los datos a integrar (único o múltiple) la identidad del redactor responsable (profesional individual o corporativa) y todos aquellos otros elementos de la HCR que no sean los definidos en el HCD_CMDIC no son relevantes para el conjunto SNS y por lo tanto pueden ser diferentes en cada Comunidad Autónoma.



Anexo 8- Acrónimos y abreviaturas

BBDD	Bases de Datos
BD	Base de datos
BD TSI CA	Base de datos de tarjeta sanitaria de Comunidad Autónoma
BD TSI SNS	Base de datos de Tarjeta Sanitaria del Sistema Nacional de Salud
CA	Comunidad Autónoma
CCAA	Comunidades Autónomas
CIP	Código de identificación personal
DMZ	DeMilitarized Zone
DNle	Documento nacional de identidad electrónico
EAI	Enterprise Application Integration
EJB	Enterprise Java Bean
FNMT	Fábrica Nacional de Moneda y Timbre
HC	Historia clínica
HCD	Historia clínica digital
HCD CA _n	Historia clínica digital de la Comunidad Autónoma (n)
HCD SNS	Historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud
HCR	Historia clínica resumida
HTML	HyperText Markup Language
HTTP	HyperText Transfer Protocol
HTTPS	HyperText Transfer Protocol Secured
J2EE	Java 2 Enterprise Edition
JMS	Java Messaging Services
MIME	Multi-Purpose Internet Mail Extensions
PIN	Número de identificación personal
PKI	Public Key Infrastructure
RMI	Remote Method Invocation
SGBD	Sistema Gestor de Base de Datos
SMIME	Secure / Multipurpose Internet Mail Extensions
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOAP	Simple Object Access Protocol
SSCA	Servicio de Salud de Comunidad Autónoma
SSL	Secure Sockets Layer
TCP/IP	Transmission Control Protocol/Internet Protocol
TSI	Tarjeta sanitaria individual
URL	Universal Resource Locator
WSDL	Web Services Description Language
XML	eXtensible Markup Language



**Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Instituto de Información Sanitaria**

Título del Proyecto	Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud
Tipo de Documento	<i>Conjunto Mínimo de Datos de Informes Clínicos</i>

Versión 4.0

Propósito del documento

El propósito del documento es recoger las propuestas profesionales alcanzadas por el consenso de los miembros de 3 grupos de trabajo, designados 18 sociedades científicas. Dichas propuestas se refieren al conjunto mínimo de datos que deben reunir los diferentes informes clínicos en el ámbito del SNS y son elementos necesarios para establecer una parte esencial de la interoperabilidad semántica en el proyecto Historia Clínica Digital en el Sistema nacional de Salud.(HCDSNS)

Justificación del proyecto

El proyecto HCDSNS, es un proyecto claramente orientado a satisfacer las necesidades de los ciudadanos en su desplazamiento por el territorio nacional y de los profesionales de todo el SNS que tienen responsabilidades en su atención. La implantación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los últimos años por los servicios de salud de las comunidades autónomas, ha dotado a los usuarios y profesionales de sistemas y aplicaciones que han facilitado a usuarios y profesionales el acceso a una información de calidad sobre la salud individual, al servicio de una atención sanitaria de calidad creciente. Es una necesidad percibida por todos los agentes interesados en este proceso que, al menos las funcionalidades esenciales, no queden circunscritas al ámbito de cada Comunidad Autónoma, sino que se extiendan más allá de ellas, acompañando a los ciudadanos en sus desplazamientos por todo el territorio nacional, e incluso fuera de él en los países de nuestro entorno.

El La Ley de Cohesión y Calidad del SNS, establece el marco normativo y de desarrollo para, entre otros fines, facilitar el intercambio de información de salud entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), presentado por el MSC en marzo de 2006 incluye, entre sus 6 grandes áreas de actuación, la utilización de las tecnologías de la información en el SNS para mejorar la atención a los ciudadanos. Una de las estrategias para su desarrollo es el proyecto "Sanidad en Línea", dentro de la iniciativa gubernamental del Plan Avanza que persigue generalizar el uso de las tecnologías en la sociedad española.

El proyecto historia clínica digital del SNS aspira a proporcionar a los profesionales el acceso electrónico a los conjuntos más relevantes de datos clínicos para la atención sanitaria desde cualquier punto del territorio en el que pudiera hallarse el ciudadano.

Identificados estos conjuntos de datos, se ha considerado esencial la participación de los profesionales asistenciales, esencialmente clínicos pero también expertos en admisión, documentación clínica y gestión de centros, para identificar por consenso cuáles son los datos que como mínimo deben reunir cada uno de estos informes en orden a facilitar la atención sanitaria, en el ámbito del SNS.

Fase de Propuesta Profesional

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

Agencia de Calidad del SNS Instituto de Información Sanitaria		
 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	Historia Clínica Digital en el SNS	Página 3 de 46
	Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos	

Para abordar esta tarea, se han definido tres grupos de trabajo con los siguientes objetivos:

GRUPO 1.-

Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional acerca de los contenidos mínimos que deben reunir ambos informes clínicos de alta y de Consulta externa de especialidades en el ámbito del Sistema Nacional de Salud

GRUPO 2.-

Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional acerca de los contenidos mínimos que debe reunir el informe clínico de atención en urgencias (a utilizar tanto por los dispositivos de atención primaria, como de especializada y por los recursos móviles de atención urgente y emergente) en el Sistema Nacional de Salud

GRUPO 3.-

Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional acerca cuál debiera ser el conjunto mínimos de datos que debe reunir la Historia Clínica Resumida y el Informe de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud.

Composición de los grupos

Los perfiles de los miembros de los grupos de trabajo se han definido en base a los siguientes criterios:

- ✓ Profesionales médicos con actividad asistencial predominantemente productora de esa información.
- ✓ Profesionales médicos con actividad asistencial que preferentemente deben utilizar la información.
- ✓ Profesionales médicos con experiencia en gestión y responsables de unidades de admisión y documentación clínica.

En todos los casos se ha requerido que estos profesionales fueran usuarios informáticos de algún sistema de información clínica.

El gran número de especialidades existentes ha hecho inviable su representación de todas y cada una de ellas en todos los grupos, por el riesgo de inoperancia de los grupos debido a un número excesivo de miembros. Para paliar esta limitación, especialmente en el ámbito hospitalario se ha tomado la decisión de incluir al menos una de las especialidades que pertenecen a cada uno de los grandes bloques asistenciales (quirúrgico, médico, materno-infantil y servicios centrales) pidiendo a los miembros concretos que hicieran el esfuerzo de recoger y ser portavoces de todo el resto de agentes de su bloque.

Tras invitar a las sociedades científicas más representativas de las especialidades incluidas, éstas procedieron a la designación de un profesional que se ajustara al perfil definido. A continuación se mencionan las Sociedades que han designado miembros para estos tres grupos.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07



Los profesionales que, junto con su trayectoria clínica, cuentan con experiencia en gestión y los responsables de unidades de admisión y documentación clínica han sido designados directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo

Los grupos de trabajo han estado coordinados por Javier Etreros Huerta, Consejero Técnico del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo y responsable del proyecto de historia clínica digital en el Sistema Nacional de Salud (HCDSNS)

Finalmente, en la composición de los grupos de trabajo han estado representadas las siguientes especialidades médicas:

Sociedades participantes	Miembros
<i>Asociación Española de Cirujanos</i>	2
<i>Asociación Española de Pediatría</i>	2
<i>Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria</i>	2
<i>Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología</i>	1
<i>Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia</i>	1
<i>Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria</i>	1
<i>Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias</i>	2
<i>Sociedad Española de Medicina General</i>	2
<i>Sociedad Española de Medicina Interna</i>	2
<i>Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista</i>	2
<i>Sociedad Española de Patología Digestiva</i>	1
<i>Sociedad española de Patología Respiratoria</i>	1
<i>Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria</i>	2
total	21

Además de los anteriores, el propio Ministerio, ha solicitado directamente la participación de 6 expertos con perfiles de tipo institucional como gestores de centros y expertos en admisión y documentación clínica.

Fase de Consenso Intitucional

En esta fase, el Grupo de Expertos en Historia Clínica, compuesto por personas designadas por cada una de las CCAA mas Ingresa, han analizado la propuesta profesional.

Nombre y apellidos	Institucion
Luciano Barrios Blasco	Andalucía
Santiago Martín Acera	Aragón
Laura Muñoz Fernández	Asturias
Javier de Pablo Marín	Baleares
Isabel María Rodríguez Palmero	Canarias
Javier Carnicero Giménez de Azcárate	Cantabria
Sagrario Casas Pinillos	Castilla La Mancha

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07



Nombre y apellidos	Institucion
Jesús Martín García	Castilla y León
Santiago Marimón i Suñol	Cataluña
Francisco Luis Cáceres Ruiz	Extremadura
Eladio Andino Campos	Galicia
Lorenzo Echeverría Echarri	La Rioja
Jordi Custodi i Canosa/Luis Morel Baladrón	Madrid
José A. Bravo Meseguer	Murcia
Elena Manso Montes	Navarra
Martín Begoña Oleada	País Vasco
Gregorio Gómez Soriano	Valencia
Sara C. Pupato Ferrari	Ingesa

Metodología:

Convocatoria y celebración de una reunión constitutiva para cada grupo, cuyo contenido fundamental fue:

- ❖ exposición del conjunto del proyecto en el marco de la estrategia de “Sanidad en línea”,
- ❖ delimitación de los objetivos de cada grupo
- ❖ presentación de un prototipo de la aplicación informática para uso de los profesionales en la obtención de distintos conjuntos de información clínica.

Posteriormente a su constitución, cada grupo ha estudiado de forma sucesiva las diferentes versiones de cada documento a las cuales se han ido incorporando aquellas aportaciones de los miembros que, una vez debatidas, fueran apoyadas por varios miembros. Para hacer más sencillo el estudio y la formulación de aportaciones, los registros se presentan tabulados, comprendiendo cada uno de ellos los mismos siguientes campos:

- ✓ **Denominación del campo** a incluir, su **formato** y rango de **valores** que puede adoptar.
- ✓ Clasificación del campo como parte del conjunto mínimo **(CM)** o si su inclusión es recomendable **(R)** correspondiendo a cada servicio de salud la decisión final de incluirla o no.
- ✓ Inclusión del campo y su valor como parte de los atributos del documento como “etiqueta” que permita identificar los elementos esenciales de su contenido sin necesidad de abrir (desencriptar) el documento.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

- ✓ Adicionalmente se señala cuáles de los campos variables incluidos en el documento ya estaban recogidas en la **OM de 19/09/84**, que regula el contenido del informe de alta.
- ✓ Por último se ha considerado conveniente incluir **aclaraciones** que facilitan la interpretación con el fin de homogeneizar los criterios a la hora de su aplicación por distintos técnicos.

Como herramienta de trabajo, se ha utilizado un espacio web de trabajo accesible a través de Internet, para cada uno de los grupos denominado eRoom, a través del cual los miembros del grupo, han tenido acceso a:

- Documentos de trabajo (iniciales, en proceso de debate y cerrados al debate por haber consensuado su contenido definitivo).
- Documentos de apoyo (legislación, bibliografía y manuales de uso de la herramienta).
- Documentos de soporte de las reuniones (resúmenes de lo tratado, ordenes del día y convocatorias)
- Diagrama de planificación de las actividades del grupo.
- Espacios para realizar comentarios breves, establecer contacto directo con el correo electrónico del coordinador del grupo o votar en encuestas.
- Alertas y avisos para destacar eventos.

El sistema de trabajo, propuesto a cada grupo y que ha contado con su aprobación, ha consistido en colocar en este espacio cada documento en discusión para que los miembros participantes, en un plazo delimitado y reflejado en el plan de trabajo recogido en el calendario, propusieran sus aportaciones a través de documentos que han alojado en este mismo espacio, de forma que pudieran ser visualizados por todos los miembros del grupo, además del coordinador del mismo y los miembros de la Subcomisión de Sistemas de Información, incorporados al grupo como observadores.

Una vez transcurrido el plazo y en base a las aportaciones recibidas, resumidas en un documento independiente al que además se incorpora el criterio del MSyC sobre los apartados objeto de discusión, se elabora un documento de fusión, que constituye una nueva versión del documento de base y que se somete nuevamente a la consideración del grupo, abriendo un nuevo plazo para añadir aportaciones. La participación en los distintos estadios de los documentos ha sido mayoritaria.

Se han elaborado tantas versiones como han sido precisas hasta recoger el consenso de los grupos sobre los documentos que, finalmente, se han sometido a la votación de los miembros mediante una utilidad de la herramienta de trabajo denominada "encuesta". El resultado ha sido la aprobación por unanimidad, excepto el documento de historia clínica resumida, con un voto en contra.

GRUPO 1.- Informe de Alta y Consulta de Especialidades

1 Reunión de constitución: 13/11/06

2 Miembros del grupo

Nombre y apellidos	Perfil Profesional	Entidad que designa
Javier Etreros Huerta	FEA Medicina Interna. Magíster en Bioética. COORDINADOR DEL GRUPO	Ministerio de Sanidad y Consumo
José María Pedrajas Navas	FEA de Medicina Interna	Ministerio de Sanidad y Consumo
Francesc Casellas Jordá	Facultativo Especialista del Área Médica	Sociedad Española de Patología Digestiva
Elena Martín Pérez	Facultativo Especialista del Área Quirúrgica	Asociación Española de Cirujanos
Enriqueta Román Riechmann	Facultativo Especialista del Área Materno Infantil	Asociación Española de Pediatría
Jesús Fernández Sanz	Experto en Admisión y Documentación Clínica	Ministerio de Sanidad y Consumo
José María Prieto de Paula	Experiencia en gestión de centros hospitalarios	Ministerio de Sanidad y Consumo
Jesús Arranz Gómez	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Juan Jurado Moreno	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina General
Maravillas Cabronero Fernández	Funcionaria del Ministerio de Sanidad y Consumo	Ministerio de Sanidad y Consumo

3 Desarrollo de los trabajos

3.1 Informe clínico de alta

3.1.1 Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	13/11/06-27/11/06	01/12/06	8
V2.0	01/12/06-20/12/06	29/12/06	2
V3.0	29/12/06-04/01/07	04/01/07	3
V3.0 DEFINITIVO	04/01/07-08/01/07	08/01/07	
V.UNIF		30/01/07	
V.CP		01/03/07	

3.1.2 Grado de consenso del documento

Fecha: 30/01/07

Miembros del grupo: 8

Miembros a favor de la redacción final: 8

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

3.1.3 Aspectos más relevantes del debate del grupo

En general el consenso ha sido rápido y fácil especialmente tras aclarar las fuentes de datos administrativos y desligar claramente este documento del de informe de consulta de especialidades.

Más divergencias ha propiciado la decisión relativa a la inclusión de relaciones más o menos pormenorizadas de pruebas de laboratorio en el apartado de pruebas complementarias. También se debatió la incorporación del ítem “protocolo quirúrgico” al apartado de antecedentes. Sin embargo, el grupo optó por su inclusión en el de “evolución y comentarios”, a fin de evitar generar un documento de informe clínico de alta para las especialidades quirúrgicas y otro distinto para las no quirúrgicas.

Al ser el primer documento en debatirse, el informe clínico de alta fue incorporando sin problemas aportaciones de otros grupos sobre apartados comunes a todos los documentos. Además, como parte del consenso final, se llevó a cabo desde la coordinación de los grupos la tarea de homogeneizar en lo posible tanto los términos empleados como la presentación de los datos, por lo que puede afirmarse que ha sido este informe el que más variaciones “menores” ha sumado a la propuesta definitiva de contenidos.

CONJUNTO MINIMO DE DATOS DEL INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R ¹	Etiqueta del documento ²	OM 1984 ³
DATOS DEL DOCUMENTO						
Tipo de documento	Texto	Informe Clínico de Alta		CM	*	
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM		
Fecha de Ingreso	dd/mm/aaaa	Libre		CM		*
Fecha de alta	dd/mm/aaaa	Libre		CM	*	*
Nombre Responsable 1	Texto	libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM	*	*
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente		CM		

¹ Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no es imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R)

² Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos (tal y como se veía en la maqueta) y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

³ Señalados con asterisco figuran aquellos datos que ya están recogidos en la OM 19-09-1984 que regula el contenido del informe de alta

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

País	Texto			CM		
Teléfono	Texto			CM		*
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R		

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM		*	
Primer Apellido	Texto			CM		*	
Segundo Apellido	Texto			CM		*	
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM		*	
Sexo	Texto			H/M	CM		*
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto				R		
NASS	Texto				CM		
CIP de C Autónoma	Texto				CM	*	
Código SNS	Texto				R	*	
CIP Europeo	Texto			Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R	*	
Nº Historia Clínica	Texto	libre		CM	*	*	
Domicilio							
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM		*	
Nombre de la vía	Texto			CM		*	
Número de la vía	Texto			CM		*	
Piso	Texto			CM		*	
Letra	Texto			CM		*	
Código Postal	Texto			CM		*	
Municipio	Texto			CM		*	
Provincia	Texto		CM		*		
Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R			

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

Motivo del Alta	Texto	Traslado a domicilio	Se incluyen las categorías correspondientes al	CM		*
------------------------	-------	----------------------	--	----	--	---

		Traslado de Servicio Traslado a otro centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros	CMBD nacional, independientemente de que los CMBD autonómicos incorporen de hecho categorías adicionales, cuyas respuestas luego se reclasifican. La categoría de respuesta fallecimiento, será recodificada a "éxitus"			
Motivo de Ingreso	Texto	Libre + Código CIE 9 MC		CM R		*
Tipo de ingreso	Texto	Urgente Programado		R		
Antecedentes	Texto	Libre		CM		*
Enfermedades familiares hereditarias Enfermedades previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Alergias Hábitos tóxicos Actuaciones preventivas Medicación previa Situación funcional Antecedentes sociales y profesionales	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados Vacunaciones infantiles, del adulto, quimioprofilaxis realizadas, etc Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias (Escala de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca, valoraciones del grado de demencia, escalas de calidad de vida, etc.)	R		
Historia Actual	Texto	Libre		CM		*
Exploración Física	Texto	Libre		CM		*
Resumen pruebas complementarias	Texto	Libre		CM		*
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	R		
Evolución y comentarios	Texto	Libre	En su caso, puede incluirse el protocolo quirúrgico en este apartado, así como comentarios al diagnóstico o tratamiento.	CM		*

			También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados en este episodio, complicaciones evolutivas de la/las enfermedades o realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales.		
Diagnóstico Principal	Texto +código	Libre+ Código CIE 9 MC		CM R	*
Otros Diagnósticos	Texto +código	Libre+ Código CIE 9 MC		CM R	*
Procedimientos	Texto +código	Libre+ Código CIE 9 MC		CM R	*
Otros procedimientos	Texto +código	Libre+ Código CIE 9 MC		CM R	*
Tratamiento				CM	*
Recomendaciones	Texto	libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	R	
Fármacos	Texto	Libre + principio activo/código nacional (nomenclator oficial MSyC) + dosis + duración		R	
Otras Recomendaciones	Texto	libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo, fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas, etc.	CM	

3.2 Informe clínico de Consulta de Especialidades

3.2.1 Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	04/01/07-19/01/07	31/01/07	7
V2.0	31/01/07-06/02/07		7
V3.UNIF	07/02/01-13/02/01	01/03/07	3
V CP	01/03/07-12/03/07		1
V5 CP		04/04/07	

3.2.2 Grado de consenso del documento

Fecha: 12/03/07

Miembros del grupo: 8

Miembros a favor de la redacción final: 8

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

3.2.3 Aspectos más relevantes del debate del grupo

En el trabajo sobre este documento, el grupo 1 llegó a un acuerdo con relativa facilidad. La discusión sobre si debería incluirse un apartado en el que se diferenciara entre primeras consultas y consultas sucesivas se zanjó con la no inclusión del mismo, toda vez que las distintas aportaciones dejaban ver claramente que el grupo no lo consideraba relevante como dato clínico. Fue más laborioso el debate sobre el apartado de antecedentes, aunque finalmente se optó por una solución intermedia, que, si bien no incluye todas las precisiones que cada una de las especialidades pueda requerir, sí admite la subdivisión en subapartados, señalados por el grupo y sugeridos al abordar el estudio de los documentos objeto de otros grupos de trabajo.

3.2.4 Documento de Consenso

CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME DE CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R ¹	Etiqueta del documento ²	OM 1984 ³
DATOS DEL DOCUMENTO						
Tipo de documento	Texto	Informe Clínico de Consulta Externa		CM	*	
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM		
Fecha de Consulta	dd/mm/aaaa	libre		CM		*
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)		CM	*	*
			Es parte del primer pie de firma del informe			
Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R1	Etiqueta del documento2	OM 19843

¹Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no es imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

² Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos (tal y como se veía en la maqueta) y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

³ Señalados con asterisco figuran aquellos datos que ya están recogidos en la OM 19-09-1984 que regula el contenido del informe de alta (con un fin estrictamente orientativo)

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM		
Nombre Responsable 2	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM		
Categoría profesional 2	Texto	Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM		
Servicio	Texto	(según normativa en vigor en cada momento) Alergología Anestesiología y Reanimación Angiología y Cirugía Vasculard Aparato Digestivo Cardiología Cirugía Cardiovascular Cirugía General y del Aparato Digestivo Cirugía Oral y Maxilofacial Cirugía Ortopédica y Traumatología Cirugía Pediátrica Cirugía Torácica Cirugía Plástica, Estética y Reparadora Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología Endocrinología y Nutrición Geriatría	RD 127/84	CM	*	*

¹ Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no es imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R)

² Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos (tal y como se veía en la maqueta) y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

³ Señalados con asterisco figuran aquellos datos que ya están recogidos en la OM 19-09-1984 que regula el contenido del informe de alta

		Hematología y Hemoterapia Medicina Intensiva Medicina Interna Nefrología Neumología Neurocirugía Neurofisiología Clínica Neurología Obstetricia y Ginecología Oftalmología Oncología Médica Oncología Radioterápica Otorrinolaringología Pediatría y sus áreas específicas Psiquiatría Reumatología Urología			
Unidad	Texto	Texto libre		CM	*

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA

Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud.			
				CM	*

		Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.				
Denominación del provisor de servicios	Texto + Logo	Libre		R		
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH I ¹ y posteriormente RECESS ²) cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura.	CM	*	*
Dirección del centro						
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM		
Nombre de la vía	Texto			CM		*
Número de la vía	Texto			CM		*
Código Postal	Texto			CM		*
Municipio	Texto			CM	*	*
Provincia	Texto			CM	*	*
País	Texto			CM		
Teléfono	Texto			CM		*
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R		

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM		*
Primer Apellido	Texto			CM		*
Segundo Apellido	Texto			CM		*
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM		*
Sexo	Texto		H/M	CM		*

¹ CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

² RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSC.

DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R		
NASS	Texto			CM		
CIP de C Autónoma	Texto			CM	*	
Código SNS	Texto			R	*	
CIP Europeo	Texto			R	*	
			Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.			
Nº Historia Clínica	Texto	Libre		CM	*	*
Domicilio						
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		CM		*
Nombre de la vía	Texto			CM		*
Número de la vía	Texto			CM		*
Piso	Texto			CM		*
Letra	Texto			CM		*
Código Postal	Texto			CM		*
Municipio	Texto			CM		*
Provincia	Texto			CM		*
Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R		

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

Motivo de Consulta	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC		CM R		*
Antecedentes	Texto	Libre		CM		*
Enfermedades familiares hereditarias		:	Se recomienda la clasificación en subapartados	R		
Enfermedades previas						
Antecedentes Neonatales, Obstétricos y Quirúrgicos						
Alergias						
Hábitos tóxicos						
Actuaciones Preventivas						

Medicación previa Situación funcional Antecedentes sociales y profesionales			quimioprofilaxis realizadas, etc Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias (Escalas de dependencia, clasificación funcional de la Insuficiencia cardiaca, Valoraciones del grado de demencia, Escalas de Calidad de vida, etc..)			
Historia Actual	Texto	Libre		CM		*
Exploración Física	Texto	Libre		CM		*
Resumen pruebas complementarias	Texto	Libre		CM		*
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	R		
Evolución y comentarios	Texto	Libre	Se pueden realizar comentarios del seguimiento evolutivo, en el caso de que el informe no se refiera a una sola consulta sino a un periodo de seguimiento en el que se han realizado varias entrevistas clínicas. En este caso se puede incluir aquí el periodo de tiempo del que es comprensivo el informe o reseñar las fechas en las que se produjeron las consultas. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados en este episodio o describir complicaciones evolutivas de la/las enfermedades, realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales	CM		*
Diagnóstico Principal	Texto+código	libre Código CIE 9 MC		CM R		*
Otros Diagnósticos	Texto+código	libre+ Código CIE 9 MC		CM R		*

Procedimientos	Texto+código o	libre+ Código CIE 9 MC		CM R		
Otros procedimientos	Texto+código o	libre+ Código CIE 9 MC		CM R		
Tratamiento				CM		*
Recomendaciones	Texto	libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	R		
Fármacos	Texto	Libre + principio activo/código nacional (nomenclator oficial MSyC) + dosis + duración	Prescripciones activas al final del período de seguimiento	R		
Otras recomendaciones	Texto	libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo: fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas etc..	CM		

GRUPO 2.- Informe Clínico de Urgencias

1 Reunión de constitución: 21/11/06

2 Miembros del grupo

Nombre y apellidos	Perfil Profesional	Entidad que designa
Javier Etreros Huerta	FEA Medicina Interna. Magíster en Bioética. COORDINADOR DEL GRUPO	Ministerio de Sanidad y Consumo
Luis Martínez Escotet	Facultativo Especialista del Área de Urgencias	Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias
Rafael Sánchez Ortega	Facultativo Especialista del Área de Urgencias	Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias
José María Pedrajas Navas	FEA de Medicina Interna	Sociedad Española de Medicina Interna
Inmaculada Alfageme Michavilla	Facultativo Especialista del Área Médica	Sociedad española de Patología Respiratoria
Emilio Calvo Crespo	Facultativo Especialista del Área Quirúrgica	Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Francisco Salazar Arquero	Facultativo Especialista del Área Materno Infantil	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
Juan Ramón García Cepeda	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
Patricio José Ruiz Lázaro	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

Nombre y apellidos	Perfil Profesional	Entidad que designa
Jesús Fernández Sanz	Experto en Admisión y Documentación Clínica	Ministerio de Sanidad y Consumo
José María Prieto de Paula	Experiencia en gestión de centros hospitalarios	Ministerio de Sanidad y Consumo
Modoaldo Garrido Martín	Experiencia en gestión de dispositivos de urgencias	Ministerio de Sanidad y Consumo
Ramón Cámara López	Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo	Ministerio de Sanidad y Consumo
Maravillas Cabronero Fernández	Funcionaria del Ministerio de Sanidad y Consumo	Ministerio de Sanidad y Consumo

3 Desarrollo de los trabajos

3.1 Informe Clínico de Urgencias

3.1.1 Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	22/11/06-04/12/06	14/12/06	9
V2.0	15/12/06-10/01/07	15/01/07	5
V3.0	15/01/07-24/01/07	24/01/07	2
V3.0 DEFINITIVO	24/01/07-31/01/07	05/03/07	1
V.4.0 CP		05/03/07	

3.1.2 Grado de consenso del documento

Fecha: 24/01/07

Miembros del grupo: 11

Miembros a favor de la redacción final: 11

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

3.1.3 Aspectos más relevantes del debate del grupo

La diversidad de dispositivos asistenciales desde los que es posible prestar la atención urgente motivó que el grupo dedicara especial atención a la configuración de los apartados relativos a datos de la Institución emisora, así como a las categorías profesionales en las que deberían encuadrarse los profesionales implicados. Asimismo, algunos otros datos, como la hora de ingreso y de alta, o el apartado de exploración física son específicos de este documento, y no figuran en los otros en los que no son relevantes.

El apartado correspondiente al motivo de consulta fue ampliamente debatido, al entender que aportaba información muy útil desde el punto de vista asistencial. Definir las categorías correspondientes al motivo de alta suscitó también cierta polémica, optándose finalmente por las contenidas en el CMBD nacional, independientemente de que en su momento cada Comunidad Autónoma incorpore categorías adicionales que luego se reclasifican.

3.1.4 Documento de Consenso

CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME DE URGENCIAS

Variable	Formato	Valores de referencia	Aclaraciones	CM/R ¹	Etiqueta del documento ²	OM 1984 ³
DATOS DEL DOCUMENTO						
Tipo de documento	Texto	Informe Clínico de Urgencias		CM	*	
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	R		
Fecha y hora de ingreso	dd/mm/aaaa hh:mm	Libre		CM		*
Fecha y hora de alta	dd/mm/aaaa hh:mm	Libre		CM	*	*

¹ Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

² Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos (tal y como se veía en la maqueta) y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

³ Señalados con asterisco figuran aquellos datos que ya están recogidos en la OM 19-09-1984 que regula el contenido del informe de urgencias.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM	*	*
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Facultativo Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM		
Nombre Responsable 2		Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM		
Categoría responsable 2		Facultativo Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM		
Unidad Asistencial responsable	Texto	Servicio de Urgencia Hospitalaria Servicio de Urgencia de A.Primaria SAMU Sº Urgencias + texto libre		CM	*	*

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA

Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM	*	
Denominación del proveedor de servicios	Texto +logo	Libre		R		

Denominación del Centro	Texto + logo	CNHI ¹ para Centros de Atención Especializada.	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM	*	*		
Dirección del Centro		Inventario para Centros de Primaria RECESS ² para ambos cuando esté disponible + texto libre						
Tipo de vía	Texto				CM		*	
Nombre de la vía	Texto				CM		*	
Número de la vía	Texto				CM		*	
Código Postal	Texto				CM		*	
Municipio	Texto				CM	*	*	
Provincia	Texto				CM	*	*	
País	Texto				CM			
Teléfono	Texto				CM		*	
Dirección Web/Correo Electrónico	Texto					R		
				Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario				

DATOS DEL PACIENTE							
Nombre	Texto	Dato que figure en BD de la TSI de la CA	H/M	CM	*	*	
Primer Apellido	Texto				CM		*
Segundo Apellido	Texto				CM		*
Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa				CM		*
Sexo	Texto				CM		
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto				R		
NASS	Texto				CM		
CIP de la C. Autónoma	Texto				CM	*	
Código SNS	Texto				R	*	
CIP Europeo						R	*
			Se reserva este espacio en previsión de que en el futuro exista un código europeo/internacional de identificación.				
Nº Historia Clínica	Texto	Libre		CM	*	*	
Domicilio							
Tipo de vía	Texto			CM		*	
Nombre de la vía	Texto			CM		*	

¹ CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

² RECESS: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios del MSC

Número de la vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		CM		*
Piso	Texto			CM		*
Letra	Texto			CM		*
Código Postal	Texto			CM		*
Municipio	Texto			CM		*
Provincia	Texto			CM		*
Teléfono	Texto			R		
Persona de Referencia	Texto		Libre (nombre + 2 apellidos)	R		
Teléfono de Referencia	Texto	Libre	R			

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

Procedencia	Texto	Médico de Familia/Pediatra de AP Por decisión del paciente o familiar Servicio de Emergencia 061		R		
Tipo de Consulta	Texto	Enfermedad Accidente de tráfico Accidente Laboral Otros Accidentes		R		
Motivo de Alta	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a otro centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Éxitus Otros	Se incluyen aquellas categorías correspondientes al CMBD nacional, independientemente de que los CMBD autonómicos incorporen categorías adicionales cuyas respuestas luego se reclasifican.	CM		*
Motivo de Consulta	Texto + código	Libre+Código CIE 9 MC		CM		*
Antecedentes	Texto	Libre		CM		*
Enfermedades Previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Medicación previa Alergias	Texto	Libre	Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades, y se podrán utilizar una o varias (Escala de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca, valoraciones del grado de	R		

Situación funcional Antecedentes sociales y profesionales			demencia, escalas de calidad de vida, etc.)			
Historia Actual	Texto	Libre		CM		*
Exploración física				CM		*
TA (/) FC () lat/min FR () resp/min Temp. () °C Saturación O2 Glucemia capilar Resumen de exploración	Texto	Libre		R		
Resumen de pruebas complementarias	Texto	Libre		CM		*
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	R		
Evolución y comentarios	Texto	Libre	En su caso pueden incluirse, además de comentarios evolutivos y del período de observación, la descripción de técnicas realizadas durante el proceso de atención. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados en este episodio, complicaciones evolutivas de la/las enfermedades, realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales.	CM		*
Diagnóstico principal	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2		CM R		*
Otros diagnósticos	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2		CM R		*
Procedimientos	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2		CM R		*
Otros procedimientos	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2		CM R		*

Tratamiento				CM		*
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	R		
Fármacos	Texto	Libre + principio activo/código nacional (nomenclator oficial MSyC) + dosis + duración	Prescripciones activas.	R		
Otras recomendaciones	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo: fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas, etc.	CM		

GRUPO 3.- Historia Clínica Resumida e Informe Clínico de Atención Primaria

1 Reunión de constitución: 27/11/06

2 Miembros del grupo

Nombre y apellidos	Perfil Profesional	Entidad que designa
Javier Etreros Huerta	FEA de Medicina Interna. Magíster en Bioética COORDINADOR DEL GRUPO	Ministerio de Sanidad y Consumo
Maria Teresa Delgado Marroquín	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)
Juan Jurado Moreno	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina General
Juan Ramón García Cepeda	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
Enrique Criado Vega	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Patricio José Ruiz Lázaro	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
Luciano Barrios Blasco	Experiencia en gestión de centros de Atención Primaria	Servicio Andaluz de Salud
Elena Martín Pérez	Facultativo Especialista del Área Quirúrgica	Asociación Española de Cirujanos
Elena Sánchez González	Facultativo Especialista del Área Materno Infantil	Asociación Española de Pediatría
Javier Solera Santos	Facultativo Especialista del Área Médica	Sociedad Española de Medicina Interna
Ramón Cámara López	Técico del Ministerio de Sanidad y Consumo	Ministerio de Sanidad y Consumo
Maravillas Cabronero Fernández	Funcionaria del Ministerio de Sanidad y Consumo	Ministerio de Sanidad y Consumo

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

3 Desarrollo de los trabajos

3.1 Historia Clínica Resumida.

3.1.1 Concepto

El grupo de trabajo ha partido de una propuesta conceptual concreta que también ha debatido y cuyo contenido, que se enuncia a continuación, ha sido adoptado:

Historia Clínica Resumida (HCR) es el conjunto mínimo de datos personales de salud que incluye los más relevantes que cualquier profesional sanitario debe conocer para poder realizar la atención del problema de salud más sencillo.

La HCR deberá ser accesible, al menos, para aquellos profesionales sanitarios asistenciales de un área sanitaria o una Comunidad Autónoma que deban prestar atención sanitaria a un usuario o paciente concreto. Igualmente su uso puede extenderse, si cuenta con la autorización del paciente, a profesionales de otras Comunidades Autónomas a los que el paciente solicite atención sanitaria.

Las propiedades básicas que debe reunir este conjunto de datos son las siguientes:

- Contener toda la información que es altamente relevante para cualquier especialista sanitario que necesita atender a un paciente y expresada de forma sintética.
- Reunir sólo aquellos datos cuyo conocimiento es absolutamente imprescindible y de forma sintética a fin de conservar las características de un resumen: omitir lo accesorio para resaltar lo esencial, lo cual no impide que, cada especialidad precise generar una historia clínica completa con sus detalles específicos. En realidad contiene todos los datos básicos, comunes a todas las especialidades, cuya ignorancia podría poner en serio riesgo a un paciente.
- Es un concepto inseparable de la Historia Clínica (o de Salud) Digital (o Electrónica), porque su contenido debe alimentarse, en su mayor parte, de forma automática a partir de otro u otros registros electrónicos más extensos, bien sean la historia de salud de atención primaria, la historia clínica única, la historia clínica compartida u otros.

En este proyecto concreto se ha considerado que será posible la existencia de varias HCRs (1 por cada Comunidad Autónoma donde ésta esté implantada). La HCR debe tener un redactor responsable de su contenido, que garantiza con su autoría el contenido de la misma. Sin embargo, cuando se accede desde otra Comunidad a través del HCDSNS, debe existir la posibilidad de consolidar parcial o totalmente el

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

mismo en la nueva historia clínica que el profesional genere en otra CA, perdiendo los datos consolidados su autoría original y adquiriendo la del profesional responsable de la nueva historia.

3.1.2 Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	27/11/06-19/12/06	22/12/06	8
V2.0	22/12/06-12/01/07	15/01/07	6
V3.0	15/01/07-24/01/07		6
V5 CP	REUNIÓN 13/02/07	02/03/07	9
V6 CP	REUNIÓN 26/03/07	04/04/07	4

3.1.3 Grado de consenso del documento

Fecha: 02/03/07

Miembros del grupo: 9

Miembros a favor de la redacción final: 8

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

Agencia de Calidad del SNS Instituto de Información Sanitaria		
 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	Historia Clínica Digital en el SNS	Página 35 de 46
	Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos	

3.1.4 Aspectos más relevantes del debate del grupo

La dificultad más destacable en los debates de este grupo ha consistido en alcanzar un acuerdo sobre el conjunto de datos que, no dejando fuera aspectos importantes de la historia clínica, no llegara a ser tan descriptivo que perdiera el carácter de resumen. Este difícil equilibrio es pertinente en todos los apartados del documento, por lo que alcanzar el de “consenso profesional” (CP) no ha sido sencillo; para ello ha sido preciso incluso celebrar una segunda reunión monográfica sobre el contenido del apartado “antecedentes”. Finalmente fue posible cerrar el documento con un voto en contra, basado en la no inclusión de un apartado de “objetivos terapéuticos”. El debate sobre el mencionado apartado de antecedentes fue especialmente útil, ya que el contenido final sirvió de propuesta aceptada por los otros grupos para sus documentos.

Este documento contiene dos apartados novedosos: el de “alertas” y el de “observaciones subjetivas del profesional”, y otros dos relacionados con el volcado de datos (automático o manual) y el acceso a los mismos (reservado al profesional o abierto al ciudadano). De los dos primeros, el de “anotaciones subjetivas del profesional” suscitó un participativo debate en la reunión del conjunto de los cuatro grupos mantenida el 26 de marzo de 2007, de forma que se optó por abrir el espacio de trabajo del grupo III a los miembros de los grupos I y II y para posibilitar la discusión sobre su contenido y de esta forma acotar aquellas anotaciones de carácter subjetivo consideradas imprescindibles, y cuyo acceso debe reservarse al profesional. El resultado final fue asumido por todos los grupos.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

3.1.5 Documento de Consenso

CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

Variable	Formato	valores	Aclaraciones	CM/R 1	Etiqueta del documento 2	Volcado de Datos ³	Acceso 4
DATOS DEL DOCUMENTO							
Tipo de documento	Texto	Historia Clínica Resumida		CM	*	A	P/C
Fecha de creación	dd/mm/aaaa	libre		CM		A	P/C
Fecha de última actualización	dd/mm/aaaa	libre	La fecha en la que fue modificado alguno de los componentes del registro por última vez	CM	*	A	P/C
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del documento. Dado que en función del diseño de alguna CCAA el redactor puede no ser el médico de AP e incluso no existir redactor de la HCR, existen otras categorías profesionales, siendo posible incluso consignar el nombre de una institución como responsable para lo cual se debe habilitar un campo de texto libre.	CM	*	A	P/C
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio Facultativo Médico de Familia Pediatra de AP Texto Libre		CM		A	P/C
Nombre Responsable 2		Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma del documento que suele supervisar al primer firmante.	CM		A	P/C
Categoría responsable 2		Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio Facultativo Médico de Familia Pediatra de AP		CM		A	P/C

¹ Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM), o por el contrario es aconsejable su presencia, pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

² Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos (tal y como se veía en la maqueta) y facilitar la búsqueda y selección de lo que es revelante para un caso concreto.

³ Los datos de los campos de la Historia Clínica Resumida deben alimentarse de forma automática A, a partir de la historia de salud digital, excepto un número muy reducido de ellos que tendrá que alimentarse manualmente M el facultativo, en aquellos casos en que éste lo considere conveniente.

⁴ El campo puede estar accesible, según la naturaleza de su contenido (anotaciones subjetivas o datos objetivos), a los profesionales P o al ciudadano C

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA							
Denominación del Servicio de Salud	Texto + logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM	*	A	P/C
Denominación del proveedor de servicios	Texto+logo	Libre		R			
Denominación del Centro	Texto+ logo	Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS ¹ cuando esté disponible + texto libre		CM	*	A	P/C
Dirección del Centro			Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura, o por pertenecer a dispositivos asistenciales distintos de los recogidos en estos registros..				
Tipo de vía	Texto	Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto libre		CM		A	P/C
Nombre de la vía	Texto			CM		A	P/C
Número de la vía	Texto			CM		A	P/C
Código Postal	Texto			CM		A	P/C
Municipio	Texto			CM	*	A	P/C
Provincia	Texto			CM	*	A	P/C
País	Texto			CM		A	P/C
Teléfono	Texto			CM		A	P/C

¹ RECESS: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios del MSC

DATOS DEL USUARIO/PACIENTE

Nombre	Texto	Dato que figure en BD de TSI de la CA		CM		A	P/C	
Primer Apellido	Texto			CM		A	P/C	
Segundo Apellido	Texto			CM		A	P/C	
Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa			CM		A	P/C	
Sexo	Texto			H/M	CM		A	P/C
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto				R		A	P/C
NASS	Texto				CM		A	P/C
CIP de C. Autónoma	Texto				CM	*	A	P/C
Código SNS	Texto				R	*	A	P/C
CIP Europeo					R	*	A	P/C
			Se reserva este espacio en previsión de que en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación					
Nº Historia Clínica	Texto	Libre		CM	*	A	P/C	
Domicilio								
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		CM		A	P/C	
Nombre de la vía	Texto			CM		A	P/C	
Número de la vía	Texto			CM		A	P/C	
Piso	Texto			CM		A	P/C	
Letra	Texto			CM		A	P/C	
Código Postal	Texto			CM		A	P/C	
Municipio	Texto			CM		A	P/C	
Provincia	Texto			CM		A	P/C	
Teléfono	Texto			R		A	P/C	
Persona de referencia	Texto			Libre (nombre + 2 apellidos)	R		A/M	P/C
Teléfono de referencia	Texto	Libre	R		A/M	P/C		

DATOS DE SALUD

Existe información reservada por decisión del paciente	Botón s/n	SI NO	Este campo informa al facultativo que existe algún dato clínico que no figura en la HC por decisión del propio paciente	CM		A	P/C
Existe documento de	Botón s/n	SI NO	Informa al profesional de que existen este documento que esta disponible en el	CM		A/M	P/C

instrucciones previas			Registro de Últimas Voluntades				
Está incluido en protocolo de investigación clínica	Botón s/n	SI NO	Informa de la inclusión en un protocolo de investigación en la fecha de última actualización	R		M	P/C
Alergias	Texto	Libre		CM		A	P/C
Vacunaciones	Texto	Libre	Se presentará solo el enunciado del apartado siendo posible desplegar su contenido si el profesional lo decide	CM		A	P/C
Problemas Resueltos, Cerrados o Inactivos	Texto	Libre	Se presentará solo el enunciado del apartado siendo posible desplegar su contenido si el profesional lo decide.	R		A	P/C
Problemas y Episodios Activos	Texto + Código	Fecha + Texto libre + Código + (Sistema de Codificación CIE 9 MC/CIAP 2 Definida)	Los que figure en la historia a la fecha de última actualización	CM		A	P/C
Tratamiento	Texto						P/C
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	CM		A	P/C
Fármacos	Texto	Libre+Principio Activo / Código Nacional (nomenclator oficial MSC) + Dosis + Duración	Prescripciones activas a la fecha de actualización.	CM		A	P/C
ALERTAS	Texto	Libre	Su contenido deben ser advertencias clave de carácter objetivo que por su especial trascendencia deban ser resaltadas para ser tenidas en cuenta por cualquier facultativo que deba prestar atención (Ej: Angioedema desencadenado por IECAS)	CM		M	P/C

Observaciones Subjetivas del Profesional	Texto	Libre	<p>La única justificación de este campo es recoger valoraciones del profesional, siempre que sean de auténtico interés para el manejo de los problemas de salud por otro facultativo. Sólo deberán ser reseñadas aquellas observaciones que sean encuadrables en algunos de los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VALORACIONES SOBRE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS NO DEMOSTRADAS • SOSPECHA ACERCA DE INCUMPLIMIENTOS TERAPÉUTICOS • SOSPECHA DE TRATAMIENTOS NO DECLARADOS • SOSPECHA DE HÁBITOS NO RECONOCIDOS • SOSPECHA DE HABER SIDO VÍCTIMA DE MALOS TRATOS • COMPORTAMIENTO INSÓLITOS 	R		M	P
---	-------	-------	---	----------	--	----------	----------

3.2 Informe Clínico de Atención Primaria

3.2.1 Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	24/01/07-06/02/07		
V2.0	REUNIÓN 13/02/07	19/02/07	9
V3.0 CP		02/03/07	

3.2.2 Grado de consenso del documento

Fecha: 02/03/07

Miembros del grupo: 9

Miembros a favor de la redacción final: 8

3.2.3 Aspectos más relevantes del debate del grupo

El estudio del informe clínico de atención primaria resultó sencillo para el grupo 3, una vez salvados todas las dificultades que la historia clínica resumida había supuesto. De ahí que las modificaciones a la propuesta inicial fueran prácticamente automáticas, tomándolas de lo ya debatido para el documento cuyo estudio había sido encomendado al grupo.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

3.2.4 Documento de Consenso

CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME CLÍNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R ¹	Etiqueta del documento ²
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento	Texto	Informe de Atención Primaria		CM	*
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Fecha en la cual se emite el informe. Es común a ambos pies de firma.	CM	
Fecha inicio periodo	dd/mm/aaaa	Libre	Fecha en la que se inicia el periodo de seguimiento en el que se inscriben los diferentes episodios y actuaciones que se describen.	CM	
Fecha fin periodo	dd/mm/aaaa	Libre	Fecha en la que finaliza el periodo de seguimiento en el que se inscriben los diferentes episodios y actuaciones que se describen.	CM	
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM	*
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Médico de Familia Pediatra de AP Texto Libre		CM	
Nombre Responsable 2	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar el primer firmante	CM	
Categoría responsable 2	Texto	Médico de Familia Pediatra de AP Texto Libre		CM	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA					
Denominación del Servicio de Salud	Texto + logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias.		CM	*

¹ Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos.

² Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos (tal y como se veía en la maqueta) y facilitar la búsqueda y selección de lo que es revelante para un caso concreto.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

		Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCO. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACYL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.				
Denominación del proveedor de servicios	Texto +logo	Libre		R		
Denominación del Centro	Texto + logo	Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS ¹ cuando esté disponible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM	*	
Dirección del Centro						
Tipo de vía	Texto	Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto libre		CM		
Nombre de la vía	Texto			CM		
Número de la vía	Texto			CM		
Piso	Texto			CM		
Letra	Texto			CM		
Código Postal	Texto			CM		
Municipio	Texto			CM	*	
Provincia	Texto			CM	*	
País	Texto			CM		
Teléfono	Texto			CM		
Dirección Web/Correo Electrónico	Texto			Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R

DATOS DEL USUARIO/PACIENTE

¹ RECESS: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios del MSC

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

Nombre	Texto	Dato que figure en BD de la TSI de la CA		CM	
Primer Apellido	Texto			CM	
Segundo Apellido	Texto			CM	
Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa			CM	
Sexo	Texto		H/M	CM	
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R	
NASS	Texto			CM	
CIP de la C. Autónoma	Texto			CM	*
Código SNS	Texto			R	*
CIP Europeo			Se reserva este espacio en previsión de que en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación	R	*
Nº Historia Clínica	Texto	Libre		CM	*
Domicilio					
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		CM	
Nombre de la vía	Texto			CM	
Número de la vía	Texto			CM	
Piso	Texto			CM	
Letra	Texto			CM	
Código Postal	Texto			CM	
Municipio	Texto			CM	
Provincia	Texto			CM	
Teléfono	Texto			R	
Persona de Referencia	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)		R	
Teléfono de Referencia	Texto	Libre		R	

DATOS DE SALUD					
Antecedentes	Texto	Libre		CM	
Enfermedades familiares hereditarias Enfermedades previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Alergias Hábitos tóxicos Actuaciones preventivas Medicación previa Situación funcional Antecedentes sociales y profesionales			Se recomienda su clasificación en subapartados Vacunaciones infantiles, del adulto, quimioprofilaxis realizadas, etc Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias (Escala de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca, valoraciones del grado de demencia, escalas de calidad de vida, etc.)	R	
Resumen pruebas complementarias	Texto	Libre		CM	
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	R	
Resumen de Episodios Atendidos	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2 definida		CM R	
Evolución y comentarios	Texto	Libre	Se pueden realizar comentarios del seguimiento evolutivo. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados o describir complicaciones evolutivas de la/las enfermedades, realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales	CM	
Diagnósticos	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2 definida		CM R	

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v4.0.doc	Estado: Documento de fusión 3 (Grupo de expertos)	Fecha de creación
Versión 4.0		11/05/07

Procedimientos	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2 definida		CM R	
Tratamiento			Se refiera al último tratamiento que esté activo	CM	
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	R	
Fármacos	Texto	Libre + principio activo/código nacional (nomenclator oficial MSyC) + dosis + duración	Prescripciones activas al final del período de seguimiento	R	
Otras Recomendaciones	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo: fecha de próxima cita, conveniencia de una nueva revisión, petición de pruebas, etc...	R	