



# INFORMÁTICA MÉDICA

## Historias Clínicas

## Vía WEB





# INFORMÁTICA MÉDICA

La utilización del Sistema de Historia Clínica Digital (HCD). Como objetivo principal es contar con un sistema de registros de datos únicos de salud de los pacientes concurrentes a la Institución, que permita el almacenamiento y gestión de todas las Historias Clínicas Digitales, en forma segura, confiable, ordenada y actualizada, imprescindible para el desarrollo de actividades profesionales médicas y el conocimiento personal de la salud de cada paciente.

El sistema está diseñado para soportar una Historia Clínica Digital centrada en el paciente, orientada por problemas de salud y que soporte el uso de clave.

## Objetivos generales:

El proyecto consta **DE UN PORTAL DE SALUD PARA LA HISTORIA CLINICA DIGITAL CENTRADA EN EL PACIENTE** que tiene como principal objetivo:

- \* Brindar a la Institución de una herramienta informática que permita la implementación de Historia Clínica Digital (HCD)
- \* Disponer de un sistema de registros de datos de la salud de los pacientes seguro, confiable, ordenado y actualizado, imprescindible para el desarrollo de actividades profesionales médicas y el conocimiento personal de la salud de cada paciente.
- \* Permitir un monitoreo y evaluación dinámica, de las actividades de salud, utilizando los datos obtenidos de la práctica clínica.
- \* Conseguir estándares de calidad en la atención médica bajo los conceptos actuales de bioética.
- \* Mejorar la precisión diagnóstica.
- \* Regular el uso de exámenes complementarios.
- \* Racionalizar los tratamientos de manera eficaz.
- \* Evitar el subregistro de enfermedades.
- \* Mejorar la relación costo-beneficio médico para la Institución.
- \* Optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud.
- \* Mejorar el acceso y la calidad de atención.
- \* Darle a los profesionales de la salud el acceso y control a todos sus registros médicos del paciente.

El sistema está diseñado para soportar una **Historia Clínica Digital centrada en el paciente** y orientada por problemas de salud, con un manejo dinámico de portales de acuerdo al perfil de la comunidad que lo accede con responsabilidades basadas en la utilización de clave privadas.



# INFORMÁTICA MÉDICA

## Objetivos específicos:

- \* Del Portal de Salud: Lograr una asistencia médica de calidad: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
- \* Control y gestión de la administración: La historia clínica es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias de orden público y privado.
- \* Asiste a la docencia e investigación: A partir de la información que aporta la historia clínica pueden realizarse estudios e investigaciones para definir la existencia de determinadas patologías.
- \* Asiste a la Epidemiología: Permite estudiar la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en la población.
- \* Asiste a las autoridades administrativas y judiciales en conflictos médicos para determinar los casos de responsabilidad médica profesional: Tener evidencia legal objetiva sobre el tratamiento y acción médica sobre los pacientes.
- \* Brinda a los Organismos Públicos y Privados de la Salud una fuente confiable, segura y actualizada de la historia clínica de sus pacientes.
- \* Provee los niveles de seguridad adecuados para este tipo de registros de datos que se requiere con las técnicas disponibles en la actualidad para la operatoria de emisión de estos documentos, incluyendo medios criptográficos y biométricos.
- \* Incorpora la firma digital que permite el efectivo manejo de la confidencialidad y tratamiento de la información médica.
- \* Permite la gestión administrativa necesaria para asegurar el control eficaz y ajustado a derecho de la información médica, a través de un servicio moderno y eficiente que permita mejorar la atención al paciente, evitar el fraude o adulteración y soportar los procesos operativos que garanticen la praxis médica.
- \* Afianza la descentralización, asegurando la posibilidad de acceder en forma inmediata a la información requerida, mediante la intercomunicación constante entre las distintas dependencias.
- \* Permite la construcción y explotación de una base única de información sanitaria que ayude a prevenir enfermedades y epidemias.



# INFORMÁTICA MÉDICA

## Efectos esperados:

- \* Facilitar el acceso a la información por parte de los profesionales, permitiéndole contar con la certeza, seguridad, transparencia, celeridad y accesibilidad a su historia clínica personal mediante el portal de acceso.
- \* Brindar un sistema eficaz para el manejo y disposición de la información entre las distintas áreas de la salud.
- \* Simplificar el desarrollo de aquellas tareas repetitivas y que guardan semejanzas entre sí, evitando la duplicación de esfuerzos, y conduciendo de tal modo a una racionalización y simplificación de las tareas mediante la estandarización de textos y documentos de rutina.
- \* Interrelacionar las tareas desarrolladas en las distintas dependencias de las áreas involucradas.
- \* Posibilitar el control de toda la actividad realizada, brindando en forma instantánea la información requerida.
- \* Optimizar el control de gestión de la administración, mediante el aporte de la informática a la transparencia operativa y el rápido acceso a estadísticas confiables.

## Características del Sistema

El proyecto tiene las siguientes características y objetivos:

- \* **Integral:** comprenderá todos los sectores de las áreas involucradas.
- \* **Modular:** aportará respuestas a los problemas, sector por sector.
- \* **Incorpora racionalidad:** detectará y generalizará cada elemento de las funciones ejecutadas en las oficinas administrativas, buscando su integración.
- \* **Consensuado:** estará basado en la concepción acordada entre las partes y actores de la gestión, generando una participación activa.

## Requerimientos funcionales mínimos de HISTORIA CLINICA DIGITAL CENTRADA EN EL PACIENTE

Los objetivos del sistema, con los siguientes resultados:

Las decisiones de las áreas de salud, involucrados como sistema dinámico y complejo, deberán estar basadas en un Sistema de Información que muestre transparencia en los procesos.

El sistema permite su integración a un sistema de Firma Digital utilizando la técnica de FIRMA DIGITAL. Esto es, a cada usuario del sistema (profesional autorizado) se le registrará la firma y será utilizada solamente por ese usuario. Cuando un usuario produce un documento el mismo quedará firmado por este mediante su clave privada, Esto permite asegurar que el documento "realmente" fue producido por su autor, y que este autor no puede negar haberlo producido.



# INFORMÁTICA MÉDICA

Sobre esta base, los requerimientos mínimos, globales y comunes a las áreas son las siguientes:

Gestión documental y de expedientes, de modo que la Historia Clínica Digital a gestionar en el sistema cumple con ser:

- \* Completa: contiene toda la información de cualquier tipo de eventos y/o procesos asistenciales a los cuales haya sido sometido el individuo.
- \* Única: constituye un documento único para cada paciente sin importar la cantidad, origen, secuencia ni tipo de los registros que contenga.
- \* Secuencial: la sucesión de los registros respeta la cronología del tiempo en el cual los mismos han sido realizados, impidiendo la inserción de registros extemporáneos.
- \* Atribuible: se puede identificar con total certeza el autor del registro, ya que tiene incorporado la firma digital.
- \* Inviolable: garantiza que la información introducida no podrá ser modificada o adulterada.
- \* Confidencial: no se puede difundir libremente y se controla adecuadamente cuales usuarios del sistema tuvieron y/o han tenido acceso a la misma. (en cumplimiento de la Ley Nº 25.327 (Habeas data)).
- \* Accesible: tiene la posibilidad cierta de consulta por parte del personal debidamente habilitado en cualquier momento y lugar.
- \* Integrada: que de su contenido pueda obtenerse toda la información requerida para los propósitos y actividades del sistema de salud.
- \* Durable: garantizar la conservación inalterada de los registros por un plazo no inferior a 10 años posteriores al último evento registrado.

## Funcionalidades Claves

- \* Composición e historia familiar: Se puede registrar para cada integrante ascendente, colateral y/o descendente los antecedentes clínicos de interés sanitario.
- \* Antecedentes personales: Se registran todos aquellos antecedentes clínicos y asistenciales tales como: alergias, enfermedades crónicas, reacciones adversas a medicamentos, enfermedades infecto-contagiosas, cirugías previas, exposición a factores ambientales de riesgo, hábitos alimentarios, consumos y adicciones, medicación habitual, discapacidades, inmunizaciones recibidas, inclusión en programas sanitarios nacionales o provinciales.

Por cada motivo de consulta: se permite la incorporación de UN conjunto de términos de las ciencias médicas:

- \* Antecedentes de la enfermedad actual: se permite la incorporación de texto libre.
- \* Examen físico: se puede incluir todos los parámetros de exploración física y pruebas funcionales de uso general y aceptado entre los profesionales médicos, incluyendo secciones específicas para especialidades médicas predeterminadas, a solicitud del



# INFORMÁTICA MÉDICA

usuario del sistema, a saber: tocoginecología, pediatría, psiquiatría, oftalmología, otorrinolaringología, cardiología, ortopedia y traumatología, entre otros.

- \* Exámenes complementarios: se puede efectuar la solicitud de estudios de diagnóstico y seguimiento para: Laboratorio bioquímico: según tipo y nomencladores diversos, Diagnóstico por imágenes: según tipo y nomencladores diversos, Pruebas y determinaciones funcionales, invasivas y no invasivas: según tipo y nomencladores diversos, Pruebas y determinaciones citológicas, histológicas, histoquímicas anatómicas e histopatológicas: según tipo y nomencladores diversos. Se puede registrar los resultados en forma de texto, imágenes y unidades de medida según correspondiere a cada caso. El registro de los resultados está relacionado con la solicitud efectuada. El profesional puede visualizar los resultados en diferentes unidades de medida cuando así corresponda.
- \* Puede generar automáticamente un alerta al solicitar cualquier tipo de estudios en el que se informará al usuario del sistema respecto de la última fecha en que se efectuara el mismo estudio así como visualizar los resultados del mismo.
- \* Identificación del establecimiento/profesional interviniente: generada automáticamente por el ámbito de uso del sistema, detallando denominación exacta del establecimiento en el cual se produjo cada registro.
- \* Identificación del tipo y lugar de atención: ambulatoria o internación, programada o de urgencia.
- \* Registro de enfermería: se puede registrar prácticas de enfermería tanto en ambulatorio como en internación, individualizando tipo, cantidad y horario de cada práctica efectuada.
- \* Registro de interconsultas en internación y ambulatorio: se puede registrar cronológicamente, visualizar, según corresponda, las solicitudes de interconsulta a otros profesionales o Servicios, así como el informe producido al concretarse dichas solicitudes.
- \* Registros de indicaciones y prescripción médica en internación: se puede permitir el registro, visualización de las indicaciones médicas terapéuticas, profilácticas y de seguimiento o control.
- \* Registros de datos de la libreta MATERNO INFANTO JUVENIL: se puede registrar, visualizar las indicaciones médicas terapéuticas, profilácticas y de seguimiento desde el embarazo hasta la juventud de acuerdo a lo normado en la misma, a saber: historia clínica perinatal, ficha odontológica y exámenes odontológicos de la embarazada, vacunaciones, controles del primer año de vida, controles del primer a quinto año, fichas de evaluación del desarrollo del niño, controles durante la edad escolar, controles durante la adolescencia, ficha odontológica del menor, tratamientos realizados, estudios sociales, estudios psicológicos, estudios fonoaudiológicos, observaciones en general.
- \* Fecha y hora de consulta/internación: generada automáticamente para cada evento de internación o consulta ambulatoria.
- \* Fecha y Causa de Alta: generadas para cada evento de internación.



## Consultar los documentos publicados bajo los siguientes criterios:

- \* Contenido de cualquier campo de caracterización del documento
- \* Contenido textual del documento, título y notas en modalidad "full text"
- \* Fechas de emisión, aprobación, publicación, etc.
- \* El sistema puede servir como archivo histórico, permitiendo el almacenamiento acumulativo de la información y de las imágenes que se capturan.
- \* El sistema funciona como una poderosa herramienta de búsqueda y visualización de información, organizada en forma jerárquica a través de tipos de documento. A cada tipo de documento deben estar asociados los índices que permiten el acceso a los mismos.
- \* La configuración del sistema es parametrizable, permitiendo la fácil creación y/o modificación de campos.
- \* Dispone de campos configurables dedicados a la caracterización del documento que se incorpora.
- \* Cuenta con la implementación de niveles de seguridad para restringir el acceso a la aplicación en general y a la base de datos mediante la utilización de perfiles de usuario.
- \* Permite restringir la utilización de ciertas funciones a los usuarios que se determinen.
- \* Cuenta con facilidades de delegación de historias clínicas sin perder el control o administración de la misma.
- \* Permitir el seguimiento y conocer el estado de una historia clínica en cualquier momento.
- \* Informa las personas vinculadas a historias clínicas.
- \* Permite la generación automática de los documentos que se producen en los centros de salud, con una arquitectura basada en modelos predefinidos por el usuario, con preservación de datos claves para búsquedas eficientes.
- \* La generación de documentos médicos debe asociarse a mecanismos de actualización de la Base de Datos para el eficiente acceso a la información incorporada (búsqueda textual).
- \* El sistema permite acceder a los profesionales de la salud el acceso a todos los datos médicos ingresados y firmados por ellos.
- \* El sistema permitirá a los profesionales la exportación parcial o total de su historia clínica formatos como PDF.
- \* Todas las prácticas médicas están almacenadas en un repositorio documental y firmado digitalmente por el profesional de la salud interviniente.
- \* Los profesionales médicos usuarios del sistema deben tener permisos para ver todas las Historias Clínicas.