



TEMA 10

Concepto de documento, registro y archivo. Documentación de uso de las instituciones sanitarias: administrativa y clínica. La Historia Clínica. Funciones del registro y del archivo. Clases de archivo y criterios de ordenación.

Concepto de documento, registro y archivo.

Concepto de documento:

Para la Real Academia Española documentar significa "probar documentos", al mismo tiempo define como documentos "un escrito o cualquier otra cosa que pruebe o acredita algo". Este sería el concepto general de documento.

La Ley de Patrimonio Histórico Español define el documento como "toda expresión en lenguaje natural o convencional y cualquier otra expresión gráfica, sonora o en imagen, recogidas en cualquier tipo de soporte material, incluidos los soportes informáticos.

Desde el punto de vista administrativo, documento sería toda información o hecho fijado o registrado en cualquier tipo de soporte material que sirvan para comprobar o acreditar algo.

Tendrán la consideración de documento público administrativo los documentos válidamente emitidos por los órganos de las Administraciones Públicas. Cada Administración Pública determinará reglamentariamente los órganos que tengan atribuidas las competencias de expedición de copias auténticas de documentos públicos o privados.

Las copias de cualesquiera documentos públicos gozarán de la misma validez y eficacia que estos siempre que exista constancia de que sean auténticas.

El documento oficial reúne, en general, las mismas características que los demás documentos aunque con algunas salvedades:

- En ellos se establece una relación entre las personas físicas o jurídicas con la Administración Pública o de diferentes organismos públicos entre sí.
- La mayoría de estas relaciones se realizarán a través de unos impresos ya preestablecidos o normalizados;
- Ha de quedar constancia de la fecha de recepción del documento.

En relación con la incorporación de medios técnicos el art.45.1 L.R.J.A.P. y P.A.C. señala que las Administraciones Públicas impulsarán el empleo y aplicaciones de las técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos, para el desarrollo de su actividad y el ejercicio de sus competencias, con las limitaciones que a la utilización de estos medios establecen la C.E. y las leyes.

Como se desprende de lo visto hasta ahora, el soporte material puede ser muy variado y cada vez con más frecuencia se utilizan los soportes audiovisuales, gráficos, informáticos, nos centraremos en el documento escrito que sigue siendo el más utilizado y el que con más frecuencia vamos a manejar.

El documento, al mismo tiempo que fuente de información, se reconoce legalmente como prueba de que un acto ha sido o no ejecutado, aunque no todos los documentos se encuentran regulados adecuadamente.

Impreso y documento:

Impreso sería un formulario en el que encontramos algunas partes ya cumplimentadas (datos fijos o comunes) y otras en blanco (datos variables) en los que se demandan datos específicos a cumplimentar por el interesado.





El impreso sería el soporte del documento escrito. Una vez que éste ha sido cumplimentado, firmado y sellado por el órgano competente adquiere la consideración de documento.

Aunque los tipos de impresos son muy variados, según la finalidad que cumplan y el organismo que los emita, éstos deben reunir unas características básicas. Entre otras, las siguientes:

- Homogeneización en cuanto a tamaño y contenido.
- Debe facilitar su cumplimentación por parte del interesado. Para ello los impresos cuentan con instrucciones generalmente al dorso, que explican el modo de cumplimentarlos simplificando la tarea al máximo.
- Facilitar el análisis de datos a la persona encargada, mediante la ubicación de cada dato concreto en el mismo lugar en todos los impresos.
- La calidad del papel dependerá de su finalidad o destino; así los impresos a los que se prevé una vida larga son de una calidad superior que la de aquellos cuya vida se prevea corta o sean para un solo uso. En relación con la calidad también se tendrá en cuenta si estos son para uso externo o interno; en el primer caso requerirán de mayor calidad y de una presentación más estética.
- Cuando un impreso conste de varias copias, éstas serán de diferentes colores para evitar errores en la entrega de los mismos (al interesado, a la administración, etc.) y facilitar la clasificación en su caso.

El contenido, aunque muy diferente según la finalidad que cumpla, constará básicamente de:

- Parte superior o encabezamiento: figuran los datos relativos a la definición del impreso; un número de referencia correlativo que permitirá su identificación; identificación del organismo que lo emite; instrucciones: pueden ir en el encabezamiento y en caso de que sean muy extensas se recogerán al dorso.
- Parte central o cuerpo: está directamente relacionado con la finalidad con la que ha sido elaborado el informe. Contienen los datos a cumplimentar por cada interesado y referidos directamente con el asunto de que tratar el impreso (por ejemplo solicitud para acceder a pruebas de oposición, declaración del I.R.P.F....)
- Parte inferior o pie: incluye: la fecha en la que fue cumplimentado; la firma del interesado; el sello del organismo que recibe el impreso.

Los documentos serán objeto de normalización, para que cada serie o tipo de los mismos obedezcan a iguales características o formato, facilitando al mismo tiempo las tareas de archivar, clasificar, extraer datos, mecanización e informatización, etc.

El número de documentos oficiales es muy amplio, y pueden ser dirigidos desde la Administración a los particulares y al contrario. En el próximo tema hablaremos y conoceremos sobre la estructura de los documentos administrativos básicos.

Concepto de archivo:

La palabra archivo, del latín archivium, presenta tres acepciones distintas de acuerdo con el Diccionario de la R.A.L.E.:

- Local en el que se custodian documentos públicos o particulares (lo que significa la existencia de archivos no sólo oficial sino también semipúblicos, comerciales o particulares); conjunto de estos documentos y el mueble/s que los contienen (carpetas, guías, etc., donde se colocan).
- La misma Administración reconoce estas definiciones de archivo en la Ley de Patrimonio Histórico Español. Otras disposiciones hacen referencia al archivo como aquella institución





cuya función primordial es la de reunir, organizar, conservar y difundir, utilizando las técnicas adecuadas, dichos conjuntos de documentos para el cumplimiento de los fines anteriormente mencionados.

- También se le da este nombre al servicio especializado (Servicio de Archivo) cuya misión consiste en recibir, clasificar, custodiar y facilitar documentos.
- *Archivar significa guardar de forma ordenada documentos útiles, haciéndolo de un modo lógico y eficaz que permita su posterior localización de la forma más rápida posible cuando sea necesario.*

El material de archivo más corriente lo constituyen: Carpetas, archivadores tipo Z, guías, etc.

Documentación de uso de las instituciones sanitarias: administrativa y clínica.

Documentación sanitaria.

Es el conjunto de documentos elaborados durante el ejercicio de las distintas actividades de atención a los pacientes y a causa de las gestiones administrativas relacionadas con ella.

Tipos de documentación.

- Clínica: referida directamente de la asistencia sanitaria.
- No clínica: está relacionada con la gestión asistencial administrativa o social.

Documentación clínica

Son todos los documentos clínicos que registran los acontecimientos o datos relacionados con la salud del paciente y la asistencia prestada a esta. El conjunto de toda esta información se conoce con el nombre de historia clínica. La historia clínica es el instrumento básico que nos permite recoger la información clínica del paciente y se define como el conjunto de datos o documentos que contienen datos, valoraciones, informes sobre la situación y evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial. Esta información es recogida por los médicos y profesionales sanitarios implicados

Documentación no clínica.

La documentación no clínica, son documentos administrativos necesarios para la gestión, organización, coordinación de recursos y factores de los centros. Estos documentos pueden facilitar la comunicación interna en el centro denominándose intracentro o bien entre centros relacionados, denominándose intercentro.

- Intracentro
 - Historia social: en ella se describe la composición familiar y situación socio – económica (también incluido en la historia clínica).
 - Hoja de seguimiento: en algunos centros la asistencia engloba servicios de asistencia social. En este documento se refleja las gestiones realizadas para ayudar a resolver problemas sociales.
 - Planificación de pruebas complementarias.
 - Solicitud de pruebas complementarias: se realiza por parte del médico y va destinado a un determinado receptor que es el responsable del servicio solicitado. Este receptor realizará una serie de trámites para la realización de la prueba.
 - Solicitud de historias clínicas: se suele realizar por cualquier personal facultativo mediante la identificación del paciente y el motivo de la consulta.





- Solicitud de dietas.
- Lista de trabajo. En este documento quedan reflejadas las distintas actividades o tareas que debe de realizar una determinada sección o servicio.
- Otros documentos. No relacionados con la práctica clínica pero que permiten comunicarse a los profesionales asistenciales del hospital
- Intercentro:
 - Solicitud de informe médico. Se cumplimenta por el paciente con el fin de obtener un informe escrito de su estado de salud.
 - Parte del juzgado de guardia, es un documento que describe las lesiones del paciente a su llegada al centro. Suele utilizarse en el caso de violencia o criminalidad.
 - Impreso de reclamaciones y sugerencias, en el se reflejan los datos de la persona, la reclamación o sugerencia y los motivos, además puede aportar las pruebas que considere necesarias.
 - Justificante de visita médica, sirven para acreditar la estancia en dicho medico el día, la hora y el servicio en el que ha sido atendido.
 - Carne – recordatorio, es un documento que ayuda al paciente a recordar las citaciones.
 - Impreso de derivación, sirven para realizar traslados de un paciente de un centro a otro.

La Historia Clínica.

QUÉ ES LA HISTORIA CLINICA

Cuando nos referimos a la Historia Clínica hablamos del conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. (LEY 41/2002, Art. 3)

La Historia Clínica completa debe reflejar además aquellas circunstancias sociales que puedan tener relación con la valoración inicial de la situación del paciente y con el proceso evolutivo, su tratamiento y recuperación.

Incluirá además la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos (LEY 41/2002, Art. 14).

La Historia Clínica es pues testimonio y reflejo de la relación entre el médico y el paciente y buscará la máxima integración posible de la documentación clínica de éste, al menos, en el ámbito de cada centro. (LEY 41/2002 Artículo 14)

La Historia Clínica será ÚNICA, CENTRALIZADA Y ACUMULATIVA para cada paciente, al menos en cada Institución Sanitaria.

- La Historia Clínica se abre con un primer episodio de enfermedad que se atiende en Urgencias, en las consultas externas del Hospital o en el Área de Hospitalización.
- Los episodios asistenciales posteriores se añadirán a la misma Historia Clínica, aunque sean generados por especialidades diferentes a la que la inició.
- El informe generado en el Área de Urgencias, si el paciente no requiere hospitalización, será archivado en el Archivo Específico de Urgencias.





El contenido de la Historia Clínica incluye todo tipo de soportes, y por tanto se refiere a datos escritos, placas radiográficas, fotografía, vídeo y audio, tanto en formato tradicional como en formato digital.

La Historia Clínica debe ser un reflejo veraz del curso de la enfermedad. Los datos incluidos entre sus documentos no pueden ser alterados, falseados ni simulados, lo cual constituiría un delito de falsedad documental que está penado por el Código Penal.

PARA QUÉ SIRVE LA HISTORIA CLINICA.

La Historia Clínica es en primer lugar un derecho del paciente amparado por la LEY 41/2002, y está destinada a facilitar su asistencia sanitaria, tanto en la medicina primaria como en la especializada, incorporando la información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud y la información obtenida en todos sus procesos asistenciales. Esta es definitivamente su objetivo principal.

Pero además es el documento eje del sistema de información sanitario, imprescindible en su vertiente asistencial y administrativa. Su carácter de registro de datos permite el desarrollo de actividades:

- Docentes e investigadoras. Los estudios y enseñanzas en el ámbito de la salud, tanto retrospectivo como prospectivo, precisan registros completos y fiables que forman parte de la Historia Clínica. Las auditorias destinadas a evaluar la capacidad docente de los centros sanitarios buscan la calidad de la asistencia en la Historia Clínica.
- Epidemiológicas. Los estudios epidemiológicos con frecuencia se basan en datos retrospectivos. Por ejemplo, las estadísticas de mortalidad y morbilidad se realizan sobre datos obtenidos de la HC.
- Mejora Continua de Calidad. La actividad asistencial nunca podrá evaluarse, ni por tanto mejorarse, amparándose en datos sólidos, si no existe un registro veraz y preciso. Las auditorias de calidad se centran en el estudio de la Historia Clínica. Lo que no está escrito pudiera ser que no fuera realizado.
- Gestión y Administración. La evaluación de rendimientos asistenciales, de la complejidad de la asistencia prestada y la evaluación de costes por proceso o por paciente se basan en los datos reflejados en la Historia Clínica.
- Por otro lado, la HC es un registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad confiriéndole una trascendencia clave como documento médico-legal. Es un documento básico en los procesos judiciales, requiriéndose por los jueces de forma sistemática para elaborar los informes periciales y forenses necesarios en casos de esta índole. Se dice que “no hay mejor demostración de una correcta actuación sanitaria que una buena Historia Clínica”.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA.

Ambos aspectos son contemplados detalladamente por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Origen Personal, por la Ley 8/2000 de Ordenación Sanitaria de Castilla – La Mancha y por la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica

Queda bien claro que toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud y a su estancia en los centros sanitarios públicos y privados.





El mantenimiento de este derecho implica primeramente a la Historia Clínica, la cual debe ser gestionada y custodiada de forma adecuada, permaneciendo accesible únicamente al personal legalmente autorizado.

Sin embargo, los preceptos de privacidad deben ser observados en todos los aspectos de la vida hospitalaria: la privacidad en el momento de la realización de la anamnesis y de la exploración física, la privacidad en el momento de la información a los familiares, las conversaciones entre sanitarios en los pasillos, el mantenimiento de la reserva adecuada de los datos de los pacientes en los controles de enfermería de las plantas de hospitalización (tablones, pizarras), las conversaciones telefónicas ...

El secreto profesional alcanza en general a todos aquellos que en algún momento tienen acceso a información sanitaria de los pacientes, por causa de su trabajo.

- Médicos
- Enfermería
- Auxiliares Clínicos
- Celadores
- Personal administrativo,
- Técnicos sanitarios
- Personal auxiliar del Hospital.

Cada uno de ellos accederá a la información necesaria para desarrollar sus funciones.

En caso de que se utilice la HC con fines epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia, facilitarán los datos clínico-asistenciales separados de los datos de identificación personal del paciente con el fin de preservar su anonimato.

El incumplimiento de estas obligaciones puede dar lugar a la comisión de ilícitos previstos en el Código Penal, y acarrear penas de prisión, multas e inhabilitación para el desempeño profesional.

Como se expondrá en secciones posteriores, el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete ha elaborado las normas y los procedimientos protocolizados necesarios para garantizar el acceso legal a los datos de los pacientes, su seguridad y conservación y aquellos destinados a la recuperación de la información archivada.

CUSTODIA Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLINICA

Son los centros sanitarios los encargados de estas funciones, respetando los principios antes referidos de mantenimiento de confidencialidad, accesibilidad y seguridad de la información del paciente. La Dirección del Centro es la responsable de la custodia de las historias clínicas.

Según la normativa vigente (Ley 41/2002) la documentación clínica debe ser conservada, por motivos clínicos, un mínimo de 5 años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

QUIÉN TIENE ACCESO A LA HISTORIA CLINICA

- **Los profesionales asistenciales implicados en el proceso clínico** del paciente tienen acceso a la HC como herramienta en el proceso asistencial. El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, a través del Servicio de Admisión y de Documentación facilita y gestiona el acceso a su contenido.
- **Otros profesionales:**





- o Motivos epidemiológicos, judiciales, de salud pública, docencia o investigación. En estos supuestos los datos clínicos deberán separarse de aquellos que identifiquen al paciente, salvo aquellos en los que la autoridad judicial estime que deban estar unificados.
- o Personal de administración y gestión del Centro. Accederán exclusivamente a datos relacionados con sus funciones
- o Personal sanitario acreditado con funciones de inspección, evaluación o planificación.
- o El paciente podrá acceder a todos los datos recogidos en su HC, **a excepción de:**
 - Las anotaciones subjetivas realizadas por los profesionales sanitarios.
 - Los datos referidos a terceras personas, cuya confidencialidad pudiera quedar comprometida.
- **El paciente:** según la Ley 41/2002, el paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.
- El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por **representación** debidamente acreditada.
- **Pacientes fallecidos:** sólo se facilitará el acceso a la historia clínica a las personas vinculadas, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.
 - o El acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes.
 - o No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido
 - o No se facilitarán las anotaciones subjetivas de los profesionales,
 - o No se facilitarán datos que perjudiquen a terceros.

COMPOSICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS DE LA H.C.

El contenido de la HC como se ha especificado con anterioridad abarca toda la información que permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente así como de su proceso asistencial, sea cual sea su formato físico.

En el momento de redacción de este manual el formato manejado en este Complejo Hospitalario es el formato “papel”, con documentación escrita e impresa, radiología y fotografía impresa. Aunque no se ha desarrollado aún una HC informatizada, existen datos analíticos (radiología, análisis bioquímicos, hematológicos y microbiológicos e informes de anatomía patológica) y el Informe de Alta de Hospitalización cuyo acceso se realiza también a través de la red informática del Complejo. Este acceso se realiza mediante claves personales, con niveles de accesibilidad variables.

En general es responsabilidad de los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso la cumplimentación de la Historia Clínica en sus aspectos asistenciales. A lo largo de las siguientes páginas se especificará este particular con más detalle, para los documentos que funcionan en el CHUAB

El contenido mínimo exigible de la HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN, establecido por la Ley 41/2002, será el siguiente:

- La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.



- La autorización de ingreso.
- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.

Si no se trata de procesos con hospitalización (Consultas externas, Cirugía Ambulatoria, Hospital de Día), son exigibles (Ley 41/2002)

- La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- Informe de Alta

Los documentos que componen las HC en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete serán descritos a continuación. Inicialmente se agruparán según su contenido y posteriormente serán comentados de forma pormenorizada, siguiendo el orden en que deben figurar en la HC ordenada al alta.

En base al contenido de los documentos es preciso definir:

- A. **Documentos básicos**: aquellos que forman parte de todas las HC.
- B. **Documentos específicos** de cada Servicio ó Especialidad.

ORDEN DE LOS DOCUMENTOS DE LA CARPETA QUE CONTIENE LA HISTORIA CLÍNICA:

El orden que se indica se refiere a la historia clínica cerrada, después del período asistencial, es decir, después de que el paciente haya sido dado de alta en hospitalización o consultas externas. Durante el período de atención médica la Historia Clínica tendrá el orden que resulte más cómodo para el personal que atiende al paciente. En la ordenación definitiva, estarán en primer lugar los documentos que más se consultan, y que resumen lo que ha ocurrido durante el período asistencial:

HOJA ESTADÍSTICO CLINICA
SOLICITUD DE INGRESO
INFORME DE URGENCIAS
INFORME MÉDICO DE ALTA
INFORME MÉDICO DE CONSULTA EXTERNA
PETICIÓN DE ALTA VOLUNTARIA
INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ALTA
LISTA DE PROBLEMAS
ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN
DIARIO MÉDICO
ORDENES DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSULTA PREANESTÉSICA
PROTOCOLO DE ANESTESIA
PROTOCOLO QUIRÚRGICO
INGRESO EN SALA DEL DESPERTAR
VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA
DIARIO DE ENFERMERÍA
GRÁFICA DE CONSTANTES
CONTROL DE PRUEBAS
MEDICACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL ENFERMO
INFORME DE INTERCONSULTAS

El personal administrativo de planta o consulta será el encargado de que la documentación de las historias clínicas que se envíen al Archivo esté correctamente ordenada.

En el Servicio de Archivo y Documentación, en las altas de hospitalización, antes de proceder a su archivado definitivo se revisará de nuevo la historia. **En caso de incumplimiento será devuelta al servicio de origen para su reordenación.**

Funciones del registro y del archivo.

Funciones del archivo:

La principal función del archivo consiste en la *conservación de documentos*, ya que la Ley obliga a ello estableciendo unos plazos mínimos de conservación, durante los cuales puede ser requerida su



presentación. Estos documentos se conservaran debidamente ordenados y clasificados. Esta conservación proporciona información sobre el funcionamiento y los asuntos tratados por la entidad. El archivo será eficaz cuando se encuentra rápidamente lo que se busca.

Otra función del archivo es la de ser un **centro activo de información** que permite relacionar los nuevos documentos con los ya archivados. Además sirve como **medio de consulta** cuando se pretende indagar en las actuaciones del pasado. También el archivo sirve como **elemento probatorio** cuando el organismo o entidad pretende demostrar la realización de un acto o la forma de hacerlo.

- Clases de archivos:

- Según el grado o frecuencia de utilización:
- *Archivos activos o de gestión:* recogen documentos recién entregados en la entidad o de consulta frecuente.
- *Semiactivos:* contienen documentos provenientes de archivos activos por haberse realizado sobre ellos el trabajo concreto.
- *Inactivos:* recoge los documentos que habiendo perdido todo su valor operativo y funcional, conservan valor histórico, político, o documental.
- Según el lugar de emplazamiento:
- *Generales o centralizados:* documentos que se conservan en el mismo lugar y es consultado por distintos departamentos.
- *Descentralizados o parciales:* se encuentran en las distintas dependencias de la entidad. Estos a su vez pueden ser:
 - Departamentales o por secciones.- en el propio departamento por ser utilizado constantemente por este.
 - Personales.- de cada puesto de trabajo para que pueda ser de acceso inmediato a la persona que trabaja con ellos.

Estas dos clasificaciones no son excluyentes, sino que se complementan entre sí.

- El archivo de gestión:

Es el archivo realizado directamente por el empleado o funcionario en su puesto de trabajo. El número de consultas de este archivo es muy amplio y los documentos archivados pueden provenir de otros organismos departamentos o bien has sido entregados directamente por los interesados.

El funcionario es el responsable directo de su archivo, debe clasificar los documentos y mantenerlos en el archivo el tiempo estrictamente necesario fijado por la entidad o el que resulte imprescindible para realizar sobre el documento las operaciones oportunas. Sólo deberán estar por tanto los documentos en poder del funcionario el tiempo oportuno, sin que sirva el archivo como lugar permanente de almacenamiento, debiéndose enviar los documentos a otros puestos de trabajo para que siga su tramitación o bien a los archivos semiactivos de los departamentos si se ha terminado el trabajo sobre éstos.

El archivo de gestión debe estar perfectamente ordenado para facilitar la rapidez de actuación y la perfecta localización del documento.

- Conservación de la información:

Conservar la documentación transferida, custodiarla en las mejores condiciones de seguridad y orden adecuado se fundamentan en dos principios básicos:

- Adopción de medidas para asegurar la perdurabilidad material de los documentos:





- Mantenimiento y control de las instalaciones del archivo, (estado de edificios, instalaciones eléctricas, estanterías, etc.)
- Medidas preventivas contra los diversos factores de deterioro, destrucción o desaparición de los documentos: control de humedad, incendio, robo, etc.
- Restauración de documentos deteriorados.
- Reproducción de la documentación más representativa.
- Aplicación de los criterios y métodos de organización documental (clasificación y ordenación) según las normas de la teoría archivística. Realmente solo existe archivo cuando hay una organización, de otro modo se trata de un conjunto almacenado de papeles.

EL REGISTRO:

Concepto:

Encontramos para este término dos acepciones:

- *Lugar.*- donde se centraliza la entrada y/o salida de documentos.
- *Libros u otros medios.*- donde será anotada y referida toda la documentación de entrada y/o salida que tiene lugar.

La finalidad básica del registro en términos generales es el control de todos los documentos que entran y/o salgan en los diferentes órganos de la entidad.

Clases de archivo y criterios de ordenación.

Clases de registros:

- Registro general: es el registro de la correspondencia. Consiste en anotar toda comunicación tanto de entrada como de salida que se establezca con el exterior, puede ser de dos tipos:
- Registro general de entrada.- se hará el correspondiente asiento de todo escrito que se reciba, y se pueden utilizar dos procedimientos:
 - de registro único: un libro para los diferentes departamentos de un mismo órgano.
 - de registro múltiple: un libro por cada departamento de la misma entidad que reciba correspondencia.
- Registro general de salida.- se anotará la salida de los escritos y comunicaciones oficiales dirigidas a otros órganos o a particulares. Pueden utilizarse procedimiento de registro único o múltiple.
- Registro auxiliar: los órganos administrativos podrán crear en las unidades administrativas correspondientes de su propia organización otros registros con el fin de facilitar la presentación de escritos y comunicaciones. Dichos registros serán auxiliares del registro general, al que comunicarán toda anotación que efectúen.
- Registro de archivo: para inscribir todos aquellos documentos que han sido archivados.

Contenido de los registros:

- Numero de inscripción. (Orden temporal de recepción.)
- Epígrafe expresivo de la naturaleza del documento.





- Identificación del interesado.

LA ORDENACIÓN:

En el trabajo archivístico, una vez que hemos establecido la clasificación de los documentos de un fondo o de una sección, atendiendo a los órganos o funciones de la entidad productora, deberemos proceder a fijar el orden de los documentos integrados en las distintas series documentales. Un documento determinado, dentro de su serie, tendrá una localización determinada con relación a los otros.

□ Tipos de ordenación:

Los diversos tipos de ordenación que existen están en función de la unidad-orden elegida para determinar dicha ordenación. Las unidades de orden y los tipos de ordenación son los siguientes:

- Si se elige como unidad **la fecha** de los documentos, tendremos **la ordenación cronológica**.
- Si se ordena utilizando **una palabra** que pueda identificar a cada documento, tendremos **la ordenación alfabética**.
- Si se elige **un número** como unidad-orden, estaremos ante **la ordenación numérica**.

□ Operaciones relacionadas con la ordenación:

Se trata de una serie de trabajos que normalmente se realizan, o la mayor parte de ellos, conjuntamente con la propia ordenación documental:

- **Desdoble** o despliegue de documentos que se han conservado plegados, como mapas, planos, etc.
- **Signaturación y Sellado** como medida de seguridad y control.
- **Datación** indicar fecha completa.
- **Numeración y foliación** se indica en lápiz en el lado superior derecho.
- **Agregación** reubicación de documentos mal colocados, exige un testigo.

