

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 104
EIV – 2025/0002

Ayuntamiento de Arganda del Rey
Historias clínicas del Servicio Municipal de Planificación Familiar

Código de la Tabla de Valoración (CACM): TV – 104
Código del Estudio de Identificación y Valoración (CACM): EIV – 2025/0002
Código del Estudio de Identificación y Valoración (proponente): AL28014/2025/0001

I. IDENTIFICACIÓN

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA SERIE

Código de la serie	Orgánico:	
	Funcional:	

Denominación vigente	Historias clínicas del Servicio Municipal de Planificación Familiar
Denominaciones anteriores / Otras denominaciones	Historias Clínicas de Salud

Fecha inicial	1980	Fecha final	
---------------	------	-------------	--

2. PROCEDENCIA Y FECHAS DE CREACIÓN Y EXTINCIÓN

Organismo	Unidad Administrativa	Función	Fecha de creación	Fecha de extinción	Disposición(es) legal(es)
Ayuntamientos	Servicio municipal de salud	Recopilar los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencia en el servicio municipal de planificación familiar			

3. OBSERVACIONES

Este estudio se ha llevado a cabo a partir de la documentación custodiada en los servicios municipales de Arganda del Rey y de la legislación publicada en los boletines oficiales.

II. PROCEDIMIENTO

1. DATOS GENERALES DEL (DE LOS) PROCEDIMIENTO(S) TIPO DE LA SERIE DOCUMENTAL

Función de la serie	Recopilar los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de sus procesos asistenciales		
¿Existe más de un procedimiento?	Sí ☐	No	☒

Relación de procedimientos (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")		
Nº de procedimiento	Denominación	Descripción
1	Gestión de la historia	Conjunto de acciones destinadas a organizar la información generada en la atención sanitaria a un paciente en una historia clínica única, para su utilización por los usuarios definidos de un determinado centro

	clínica	o sistema asistencial, en este caso los Centros Municipales de Planificación Familiar
--	---------	---

2. PROCEDIMIENTO(S) DEL EXPEDIENTE TIPO

A) Datos específicos del (de los) procedimiento(s) de la serie documental:

Nº de procedimiento		1
Denominación del procedimiento	Gestión de la historia clínica	
Resumen del procedimiento	La Ley 45/1978, de 7 de octubre, por la que se modifican los artículos 416 y 343 bis del Código Penal, autorizó de facto la comercialización y uso de métodos anticonceptivos. A partir de 1980 muchos ayuntamientos decidieron crear centros municipales de salud, donde se integraba la planificación familiar¹, y otros como es el caso de Madrid, transformando las antiguas Casas de Socorro en Centros de Promoción de Salud. La implantación de centros municipales de planificación familia (CPF) tras las primeras elecciones democráticas de 1979 representó un hito en la democratización de la salud pública. Estos servicios, integrados en la red de Centros Municipales de Promoción de la Salud (CMPS), surgieron como respuesta a las demandas sociales de acceso a la anticoncepción y educación sexual, en un contexto político marcado por la descentralización administrativa y la reivindicación de los derechos de la mujer. En su origen estaban vinculado a movimientos vecinales y feministas, y a partir de los primeros años de la década de los 80 fueron asumidos por un gran número de ayuntamientos, que asumieron un rol activo en la promoción de la salud pública, y a pesar de que no eran una competencia obligatoria de las administraciones locales. La oferta inicial, en la década de los ochenta, de los CPFs se centraba en: — Control de natalidad: consultas ginecológicas, citologías. Prescripción de DIU y píldoras anticonceptivas (entonces no financiadas por la Seguridad Social) — Asistencia ginecológica básica: revisiones anuales. — Educación sexual comunitaria — Atención a colectivos vulnerables: programas específicos para trabajadoras sexuales y mujeres en prisión preventiva. En este periodo inicial se han documentado 12 CPFs dependientes del Ayuntamiento de Madrid: Carabanchel, Centro, Chamberí, Fuencarral, Hortaleza, Latina, Mediodía, Moratalaz-Vic, Retiro, Tetuán, Vallecas, Villaverde. En lo que se refiere a otros ayuntamientos de la región lo implantaron inicialmente 15 municipios: Alcalá de Henares, Alcobendas, Aranjuez, Arganda, Coslada, Fuenlabrada; Leganés, Majadahonda, Parla, Pinto, San Fernando de Henares, San Sebastián de los Reyes, Torrejón de Ardoz y Valdemoro. En una fase posterior, se fueron incorporando de modo paulatino nuevos servicios como:	

¹ En el caso del Ayuntamiento de Arganda del Rey no existe disposición o acuerdo para el inicio de este tipo de prestaciones en el Centro Municipal de Salud, ni tampoco ordenando su finalización en 2010.

	— Unidades de VIH/ITS: diagnóstico rápido y profilaxis post-exposición. — Anticoncepción de larga duración (LARC): implantes subdérmicos y DIU hormonales. — Programas de salud mental perinatal: detección de depresión postparto en colaboración con la Red de Salud Mental. En lo que se refiere a su fecha de cierre, y dejando al margen el caso singular del Ayuntamiento de Madrid, su clausura no ocurrió de modo uniforme, y algunos pocos se transformaron, como el del Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes, y la gran mayoría fueron transferidos sus servicios al sistema autonómico de salud tras la transferencia de competencias sanitarias a la Comunidad de Madrid en 1986. La tendencia general, como en el caso de Arganda del Rey, es que la clausura y transferencia de servicios a centros de atención primaria gestionados por la Comunidad de Madrid se produjera en la primera década del siglo XXI. En general, la Historia Clínica de los CPF incluye: — Datos sociodemográficos: Nombre, edad, dirección, estado civil, número de hijos. — Historial sexual y reproductivo: Inicio de relaciones sexuales, embarazos previos, métodos anticonceptivos usados. — Intervenciones realizadas: Resultados de citologías, método anticonceptivo prescrito, fechas de seguimiento, derivaciones a psicólogos o asistentes sociales. — Salud sexual: Diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (ITS), problemas ginecológicos (miomas, alteraciones menstruales). — Notas clínicas: Observaciones del personal sobre la evolución de la paciente. Como no estamos ante un procedimiento administrativo al uso, sino ante un proceso continuo de recopilación de información para dar atención sanitaria las pacientes, esta información se puede organizar en dos categorías de información: 1. Información de atención médica y de enfermería. 2. Información de pruebas complementarias (de diagnóstico y de laboratorio).
Observaciones sobre el procedimiento	El proceso señalado no es propiamente el procedimiento que rige la forma de llevar a cabo una actividad concreta, sino un proceso continuo de recopilación de la información que testimonia distintas acciones que responden a una misma finalidad (la atención sanitaria) llevadas a cabo a lo largo del tiempo y referidas a una misma persona (el paciente). Se han diferenciado como actividades dentro de este proceso las distintas categorías de información antes señaladas.

Actividades del procedimiento		
Nº de actividad	Denominación	Descripción
1	Información de atención médica y de enfermería	Información sobre el conjunto de atenciones y ayudas que se proporcionan a los pacientes en caso de enfermedad por parte del personal médico y de enfermería.
2	Información de pruebas complementarias	Información sobre las pruebas complementarias a la atención médica. Se puede diferenciar entre: - Pruebas diagnósticas: cualquier proceso que pretenda determinar en un paciente la presencia de cierta condición, supuestamente

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 104
EIV – 2025/0002

Ayuntamiento de Arganda del Rey
Historias clínicas del Servicio Municipal de Planificación Familiar

		patológica, no susceptible de ser observada directamente (pruebas de imagen, pruebas endoscópicas, anatomía patológica). - Pruebas de laboratorio o análisis clínicos: suelen ser análisis químicos o biológicos de muestras, generalmente de fluidos corporales.
--	--	--

B) Documentos que conforman el (los) procedimiento(s) de la serie documental:

Nº de procedimiento	1
Denominación del procedimiento	GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
Nº de actividad	1
Denominación de la actividad	Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		1
Documento	Hojas de biografía sanitaria o de datos generales	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí ☐ No ☒	
Otros documentos que acompañan	Sí ☐ No ☒	
	Relación de los documentos (indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	Recoger la información fundamental del paciente: datos sociodemográficos, antecedentes familiares y personales, datos ginecológicos, datos obstétricos, historia de anticoncepción, historia sexual, resultados de la exploración, etc.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel ☒ Informático/Electrónico ☐ Otros ☐	Formato ☐
	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí ☐ No ☒	
	Unidad diferente a la del trámite (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí ☐ No ☒	
	Relación de la documentación de apoyo (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")	

Nº de procedimiento	1
Denominación del procedimiento	GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
Nº de actividad	1
Denominación de la actividad	Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		2
Documento	Hoja de seguimiento	
Tradición documental	Original	

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 104
EIV – 2025/0002

Ayuntamiento de Arganda del Rey
Historias clínicas del Servicio Municipal de Planificación Familiar

Documento sustancial	Sí ☐	No ☒
Otros documentos que acompañan	Sí ☐	No ☒
	Relación de los documentos (indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	Recoger el seguimiento de las revisiones programadas.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel ☒	Formato ➤ Diversos formatos de papel.
	Informático/Electrónico ☐	
	Otros ☐	
Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí ☐	No ☒
	Unidad diferente a la del trámite (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí ☐	No ☒
	Relación de la documentación de apoyo (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")	

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 2

Denominación de la actividad Información de pruebas complementarias

Nº de orden del documento		1
Documento	Tabla resumen de analíticas y otras exploraciones	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí ☒	No ☐
Otros documentos que acompañan	Sí ☐	No ☒
	Relación de los documentos (indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")	
Unidad o persona responsable		
Trámite u operación que realiza	Resume los resultados de pruebas o exámenes complementarios de laboratorio y pruebas especiales realizadas al paciente.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel ☒	Formato ➤ Diversos formatos de papel.
	Informático/Electrónico ☐	
	Otros ☐	
Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí ☐	No ☒
	Unidad diferente a la del trámite	

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 104
EIV – 2025/0002

Ayuntamiento de Arganda del Rey
Historias clínicas del Servicio Municipal de Planificación Familiar

trámite?	(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí ☐	No ☒
	Relación de la documentación de apoyo (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")	

Nº de procedimiento 1
Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 2
Denominación de la actividad Información de pruebas complementarias

Nº de orden del documento		2
Documento	Informes de anatomía patológica y citologías	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí ☒	No ☐
Otros documentos que acompañan	Sí ☐	No ☒
	Relación de los documentos (indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	Contiene el diagnóstico que se determinó mediante el análisis de células y tejidos en un microscopio.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel ☒	Formato ➤ Diversos formatos de papel.
	Informático/Electrónico ☐	
	Otros ☐	
Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí ☐	No ☒
	Unidad diferente a la del trámite (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí ☐	No ☒
	Relación de la documentación de apoyo (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")	

3. LEGISLACIÓN

A) General:

Rango	Disposición	Fecha de aprobación	Fecha de publicación	Boletín	Nº	Boletín corr. err.	Nº
Ley	Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.	25/04/1986	29/04/1986.	BOE	102		
Ley	Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. art. 7.1, 16, 18.	14/11/2002	15/11/2002	BOE	274		

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 104
EIV – 2025/0002

Ayuntamiento de Arganda del Rey
Historias clínicas del Servicio Municipal de Planificación Familiar

Ley	Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español, art. 57.1.c.	25/06/1985	29/06/1985	BOE	155		
Ley	Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, art. 15.1 y 15.3	09/12/2013	10/12/2013	BOE	295		
Ley	Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales	05/12/2018	06/12/2018	BOE	294		
Ley	Ley 6/2023, de 30 de marzo, de Archivos y Documentos de la Comunidad de Madrid, art. 16.3., art. 18, art. 24.4	30/03/2023	04/07/2023	BOE	158		

B) Específica:

Rango	Disposición	Fecha de aprobación	Fecha de publicación	Boletín	Nº	Boletín corr. err.	Nº
Ley	Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.	03/03/2010	04/03/2010	BOE	55		
Ley	Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.	21/12/2002	05/03/2002	BOE	55		

III. DATOS ARCHIVÍSTICOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SERIE

Serie abierta	Sí ☒	No ☐
Serie descrita	Sí (totalmente) ☒ No ☐	Sí (parcialmente) ☐
Tipología de la serie	Serie común ☒	Serie específica ☐

2. ORDENACIÓN

☒ Ordenación numérica	☐ Ordenación cronológica	☐ Ordenación alfabética: ☐ Onomástica ☐ Por Materias ☐ Geográfica
☐ Otra: _____		

Observaciones: _____

3. NIVEL DE DESCRIPCIÓN

☐ Por unidad de instalación	☒ Por unidad documental
--	---

Observaciones: _____

4. VOLUMEN Y CRECIMIENTO

	Nº unidades de instalación	Metros lineales	Fechas extremas	Volumen de transferencias anuales
ARCHIVO DE GESTIÓN				

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 104
EIV – 2025/0002

Ayuntamiento de Arganda del Rey
Historias clínicas del Servicio Municipal de Planificación Familiar

ARCHIVO CENTRAL				
ARCHIVO INTERMEDIO				
ARCHIVO HISTÓRICO				

	Nº unidades de instalación	Metros lineales
CRECIMIENTO ANUAL		

5. FRECUENCIA ANUAL DE USO

	Unidades administrativas	Ciudadanía	Investigación
ARCHIVO DE GESTIÓN			
ARCHIVO CENTRAL			
ARCHIVO INTERMEDIO			
ARCHIVO HISTÓRICO			

6. SOPORTE

☒ Papel ☐ Electrónico

Características físicas y
lógicas (formatos):

Papel en diversos formatos. Normalmente A4 y folio

7. SERIES Y DOCUMENTACIÓN RELACIONADAS

A) Series relacionadas:

Nombre de la Serie	Organismo	Unidad Administrativa	Observaciones
Historias Clínicas	Centros sanitarios		

B) Documentación relacionada:

Denominación	Organismo	Unidad Administrativa	Observaciones

C) Series o documentación relacionadas que recopilan datos cuantitativos o resúmenes de información contenida en la serie documental objeto de estudio:

¿Recopilan datos cuantitativos o resúmenes de información?		Tipo		Nombre o denominación
Sí	No	Serie	Documentación relacionada	

IV. VALORACIÓN

1. VALORES

A) Valores primarios

	Sí/No	Plazo	Justificación/Legislación
Administrativo:	Sí	5	De acuerdo con el artículo 17.1 de la Ley 41/2002, de 14 de

			noviembre, la documentación clínica deberá conservarse como mínimo cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial o desde el fallecimiento del paciente, con las excepciones que indique la Ley. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo dispone en su artículo 23 que los centros que hayan procedido a una interrupción voluntaria del embarazo deberán cancelar de oficio la totalidad de los datos de la paciente una vez transcurridos cinco años desde la fecha de alta de la intervención. Por lo que se propone un plazo de 5 años para el valor administrativo de estos documentos, a contar desde el fallecimiento del paciente o desde la última actuación. Por su parte, el artículo 32.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que las infracciones en materia de sanidad serán objeto de sanción administrativa sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales.
Contable:	No		
Fiscal:	No		
Jurídico:	No		

B) Valores secundarios

	Sí/No	Justificación/Legislación																														
Informativo:	No	☐ La información que recogen los documentos de la serie documental es única y/o no se puede encontrar en otras series documentales o documentación relacionada ☐ Otra (indíquese):																														
Histórico:	No	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL</th><th>JUSTIFICACIÓN</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐</td><td>Origen y evolución de la institución</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Procesos de elaboración de normativa</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Datos significativos sobre ciencias y técnicas</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Datos para el análisis estadístico</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Datos significativos sobre acontecimientos relevantes</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Completa información de otras series de conservación permanente</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Otra (indíquese)</td><td>Sólo se confiere este valor a la muestra seleccionada para su conservación permanente.</td></tr> </tbody> </table>	INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL		JUSTIFICACIÓN	☐	Origen y evolución de la institución		☐	Procesos de elaboración de normativa		☐	Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución		☐	Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares		☐	Datos significativos sobre ciencias y técnicas		☐	Datos para el análisis estadístico		☐	Datos significativos sobre acontecimientos relevantes		☐	Completa información de otras series de conservación permanente		☐	Otra (indíquese)	Sólo se confiere este valor a la muestra seleccionada para su conservación permanente.
INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL		JUSTIFICACIÓN																														
☐	Origen y evolución de la institución																															
☐	Procesos de elaboración de normativa																															
☐	Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución																															
☐	Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares																															
☐	Datos significativos sobre ciencias y técnicas																															
☐	Datos para el análisis estadístico																															
☐	Datos significativos sobre acontecimientos relevantes																															
☐	Completa información de otras series de conservación permanente																															
☐	Otra (indíquese)	Sólo se confiere este valor a la muestra seleccionada para su conservación permanente.																														

V. ACCESO Y SEGURIDAD DE LOS DOCUMENTOS Y DE LA INFORMACIÓN

1. CONDICIONES GENERALES DE ACCESO A LA SERIE DOCUMENTAL

☐ La serie es de acceso libre

☒ La serie incluye contenidos susceptibles de protección (requiere solicitud de acceso)

Plazo en el que la serie será de acceso libre (en años o meses)	25 años desde la fecha de muerte ²
---	---

2. EL ACCESO A LA SERIE DOCUMENTAL ESTÁ AFECTADO O REGULADO POR NORMATIVA ESPECÍFICA

RÉGIMEN	NORMA REGULADORA
☐ Información ambiental	Ley 27/2006, de 18 de julio, por la que se regulan los derechos de acceso a la información, de participación pública y de acceso a la justicia en materia de medio ambiente (incorpora las Directivas 2003/4/CE y 2003/35/CE)
☐ Información catastral	Real Decreto Legislativo 1/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Catastro Inmobiliario
☐ Secreto censal	Ley Orgánica 5/1985, de 19 junio, del Régimen Electoral General
☐ Secreto fiscal o tributario	Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria
☐ Secreto estadístico	- Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública - Ley 12/1995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid
☒ Secreto sanitario	- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad - Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
☐ Otro (indíquese)	
☐ Materias clasificadas	Ley 9/1968, de 5 de abril, sobre Secretos Oficiales
	Órgano que efectuó la clasificación
	Referencia del acto de clasificación
	Documentos, informaciones o datos objeto de clasificación y grado o categoría de clasificación

3. CONTENIDOS SUJETOS A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE PUBLICIDAD

CONTENIDOS AFECTADOS	REFERENCIA NORMATIVA

4. CONTENIDOS SUSCEPTIBLES DE PROTECCIÓN

CONTENIDOS AFECTADOS	REFERENCIA NORMATIVA
Información con limitaciones de acceso (P)	
Datos de carácter personal (DP)	DP1: Categorías especiales de datos (no se pueden concretar) DP3: Otros datos de carácter personal susceptibles de identificación DP4: Datos colectivos de especial vulnerabilidad y datos de personas Art. 57.1c Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español, art. 57.1.c Art. 7.1, 16, 18. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

² Art. 57 c) de la Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español.

	fallecidas	Art. 10.3 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículos 5, 9, 10 y 25 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Artículo 15 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. Artículo 35 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de transparencia y de participación de la Comunidad de Madrid. Artículos 3, 7, 9, 10 y 27 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
--	------------	--

5. MEDIDAS DE ACCESO PARCIAL A LA INFORMACIÓN

DENOMINACIÓN	MEDIDAS
Anonimización	Tratamiento de datos personales consistente en un proceso de desvinculación de aquellos datos personales que permiten identificar, directa o indirectamente, a una persona, haciendo imposible que a través de esos datos anonimizados se pueda identificar o reidentificar a la misma.
Seudonimización	Tratamiento de datos personales de manera tal que ya no puedan atribuirse a un interesado sin utilizar información adicional, siempre que dicha información adicional figure por separado y esté sujeta a medidas técnicas y organizativas destinadas a garantizar que los datos personales no se atribuyan a una persona física identificada o identificable.
Exclusión de documentos	

6. MEDIDAS ESPECÍFICAS DE SEGURIDAD REQUERIDAS POR LA SERIE DOCUMENTAL

MEDIDA PROPUESTA	REFERENCIA NORMATIVA

VI. SELECCIÓN

1. SELECCIÓN

A) Selección de la serie:

Conservación Permanente (CP): ☐

Eliminación Parcial (EP): ☐

Eliminación Total (ET): ☒

B) Metodología de la selección y tipo de muestra:

Metodología de la selección:

- Eliminación total, con carácter general, de toda la documentación de las Historias Clínicas con más de 5 años de antigüedad, desde la fecha de fallecimiento del paciente o desde la última intervención.
- Conservación de 1 historia clínica por año como muestra.

Tipo de muestra:

Muestreo cronológico (Mu – C) y Probabilístico /Aleatorio de ejemplar (Mu- P/A y Mu – E).

- ☐ Alfabético (Mu – A)
- ☒ Cronológico (Mu –C)
- ☐ Numérico (Mu –N)
- ☒ Probabilístico / Aleatorio (Mu – P/A)
- ☒ Ejemplar (Mu – E)
- ☐ Otro (Mu – O)

Observaciones:

C) Plazos de eliminación:

	Plazo
EN ARCHIVO DE GESTIÓN	5 años
EN ARCHIVO CENTRAL	
EN ARCHIVO INTERMEDIO	

D) Soporte de sustitución:

☐ Sí ☒ No

Tipo de soporte	Fecha	Procedimiento

Se ha conservado la documentación original: ☐ Sí ☐ No

E) Plazos de permanencia:

	Plazo	Justificación
EN ARCHIVO DE GESTIÓN	5 años	Desde la fecha de cierre de la Historia Clínica, siguiendo lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Historia Clínica)
EN ARCHIVO CENTRAL		

EN ARCHIVO INTERMEDIO

F) Observaciones:

VII. RECOMENDACIONES AL GESTOR

1. RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA SERIE

- Disociación de los datos identificativos de los de carácter clínico asistencial. De acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos, o en los supuestos legalmente permitidos.
- Medidas específicas de control de acceso. Se ha de controlar que únicamente acceden a las historias clínicas los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones. El sistema que gestione el acceso deberá dejar constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

VIII. INFORME RESUMEN TÉCNICO – EJECUTIVO DE LA PROPUESTA DE VALORACIÓN

1. INFORME – Fundamentos históricos y/o técnico – jurídicos

La Ley 45/1978, de 7 de octubre, por la que se modifican los artículos 416 y 343 bis del Código Penal, autorizó de facto la comercialización y uso de métodos anticonceptivos. A partir de 1980 muchos ayuntamientos decidieron crear centros municipales de salud, donde se integraba la planificación familiar³, y otros como es el caso de Madrid, transformando las antiguas Casas de Socorro en Centros de Promoción de Salud.

La implantación de centros municipales de planificación familia (CPF) tras las primeras elecciones democráticas de 1979 representó un hito en la democratización de la salud pública. Estos servicios, integrados en la red de Centros Municipales de Promoción de la Salud (CMPS), surgieron como respuesta a las demandas sociales de acceso a la anticoncepción y educación sexual, en un contexto político marcado por la descentralización administrativa y la reivindicación de los derechos de la mujer. En su origen estaban vinculado a movimientos vecinales y feministas, y a partir de los primeros años de la década de los 80 fueron asumidos por un gran número de ayuntamientos, que asumieron un rol activo en la promoción de la salud pública, y a pesar de que no eran una competencia obligatoria de las administraciones locales.

La oferta inicial, en la década de los ochenta, de los CPFs se centraba en:

- Control de natalidad: consultas ginecológicas, citologías. Prescripción de DIU y píldoras anticonceptivas (entonces no financiadas por la Seguridad Social)
- Asistencia ginecológica básica: revisiones anuales.
- Educación sexual comunitaria
- Atención a colectivos vulnerables: programas específicos para trabajadoras sexuales y mujeres en prisión preventiva.

³ En el caso del Ayuntamiento de Arganda del Rey no existe disposición o acuerdo para el inicio de este tipo de prestaciones en el Centro Municipal de Salud, ni tampoco ordenando su finalización en 2010.

En este periodo inicial se han documentado 12 CPFs dependientes del Ayuntamiento de Madrid: Carabanchel, Centro, Chamberí, Fuencarral, Hortaleza, Latina, Mediodía, Moratalaz-Vic, Retiro, Tetuán, Vallecas, Villaverde. En lo que se refiere a otros ayuntamientos de la región lo implantaron inicialmente 15 municipios: Alcalá, Alcobendas, Aranjuez, Arganda, Coslada, Fuenlabrada; Leganés, Majadahonda, Parla, Pinto, San Fernando, San Sebastián de los Reyes, Torrejón y Valdemoro.

En una fase posterior, se fueron incorporando de modo paulatino nuevos servicios como:

- Unidades de VIH/ITS: diagnóstico rápido y profilaxis post-exposición.
- Anticoncepción de larga duración (LARC): implantes subdérmicos y DIU hormonales.
- Programas de salud mental perinatal: detección de depresión postparto en colaboración con la Red de Salud Mental.

En lo que se refiere a su fecha de cierre, y dejando al margen el caso singular del Ayuntamiento de Madrid, su clausura no ocurrió de modo uniforme, y algunos pocos se transformaron, como el del Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes, y la gran mayoría fueron transferidos sus servicios al sistema autonómico de salud tras la transferencia de competencias sanitarias a la Comunidad de Madrid en 1986. La tendencia general, como en el caso de Arganda del Rey, es que la clausura y transferencia de servicios a centros de atención primaria gestionados por la Comunidad de Madrid se produjera en la primera década del siglo XXI.

En general la Historia Clínica de los CPF incluye:

- Datos sociodemográficos: Nombre, edad, dirección, estado civil, número de hijos.
- Historial sexual y reproductivo: Inicio de relaciones sexuales, embarazos previos, métodos anticonceptivos usados.
- Intervenciones realizadas: Resultados de citologías, método anticonceptivo prescrito, fechas de seguimiento, derivaciones a psicólogos o asistentes sociales.
- Salud sexual: Diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (ITS), problemas ginecológicos (miomas, alteraciones menstruales).
- Notas clínicas: Observaciones del personal sobre la evolución de la paciente.

Como no estamos ante un procedimiento administrativo al uso, sino ante un proceso continuo de recopilación de información para dar atención sanitaria las pacientes, esta información se puede organizar en dos categorías de información:

1. Información de atención médica y de enfermería: información fundamental del paciente: datos sociodemográficos, antecedentes familiares y personales, datos ginecológicos, datos obstétricos, historia de anticoncepción, historia sexual, resultados de la exploración, etc.
2. Información de pruebas complementarias (de diagnóstico y de laboratorio): información sobre los resultados de análisis y pruebas diagnósticas.

IX. DICTAMEN APROBADO POR EL CONSEJO DE ARCHIVOS

DICTAMEN DEL CONSEJO DE ARCHIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID	
DENOMINACIÓN DE LA SERIE:	<i>Historias clínicas del Servicio Municipal de Planificación Familiar</i>
TIPOLOGÍA DE LA SERIE:	Común
TITULARIDAD:	Pública
FECHAS EXTREMAS DEL PERÍODO ESTUDIADO:	1980 – Actualidad
CÓDIGO E.I.V. PROPONENTE:	AL28014/2025/0001
CÓDIGO E.I.V. CACM:	EIV – 2025/0002

CÓDIGO T.V.: TV – 104

1. Valoración

a) Valores primarios:

TIPO DE VALOR	SÍ/NO	PLAZOS (años)	JUSTIFICACIÓN/LEGISLACIÓN
Administrativo	Sí	5	De acuerdo con el artículo 17.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la documentación clínica deberá conservarse como mínimo cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial o desde el fallecimiento del paciente, con las excepciones que indique la Ley. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo dispone en su artículo 23 que los centros que hayan procedido a una interrupción voluntaria del embarazo deberán cancelar de oficio la totalidad de los datos de la paciente una vez transcurridos cinco años desde la fecha de alta de la intervención. Por lo que se propone un plazo de 5 años para el valor administrativo de estos documentos, a contar desde el fallecimiento del paciente o desde la última actuación. Por su parte, el artículo 32.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que las infracciones en materia de sanidad serán objeto de sanción administrativa sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales.
Contable	No		
Fiscal	No		
Jurídico	No		

b) Valores secundarios:

TIPO DE VALOR	SÍ/NO	JUSTIFICACIÓN/LEGISLACIÓN																					
Informativo	No	☐ La información que recogen los documentos de la serie documental es única y/o no se puede encontrar en otras series documentales o documentación relacionadas. ☐ Otra (indíquese): _____																					
Histórico	No	<table> <tr> <th colspan="2">INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL</th><th>OBSERVACIONES</th></tr> <tr> <td>☐</td><td>Origen y evolución de la institución</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Procesos de elaboración de normativa</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Datos significativos sobre ciencias y técnicas</td><td></td></tr> <tr> <td>☐</td><td>Datos para el análisis estadístico</td><td></td></tr> </table>	INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL		OBSERVACIONES	☐	Origen y evolución de la institución		☐	Procesos de elaboración de normativa		☐	Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución		☐	Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares		☐	Datos significativos sobre ciencias y técnicas		☐	Datos para el análisis estadístico	
INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL		OBSERVACIONES																					
☐	Origen y evolución de la institución																						
☐	Procesos de elaboración de normativa																						
☐	Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución																						
☐	Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares																						
☐	Datos significativos sobre ciencias y técnicas																						
☐	Datos para el análisis estadístico																						

☐	Datos significativos sobre acontecimientos relevantes	
☐	Completa información de otras series de conservación permanente	
☒	Otra (indíquese)	Sólo se confiere este valor a la muestra seleccionada para su conservación permanente.

2. Acceso y seguridad de los documentos y de la información

- a) **Condiciones generales de acceso a la serie documental:** la serie incluye contenidos susceptibles de protección (requiere solicitud de acceso).
- b) **Plazo en el que la serie será de acceso libre:** 25 años desde la fecha de fallecimiento del paciente (Artículo 57 c) de la Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español).
- c) **El acceso a la serie documental está regulado o afectado por normativa específica:** Sí.

RÉGIMEN	NORMA REGULADORA
☒ Secreto sanitario	- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad - Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

- d) **Contenidos sujetos a un régimen especial de publicidad:** No.
- e) **Contenidos susceptibles de protección:** Sí.

CONTENIDOS AFECTADOS	REFERENCIA NORMATIVA
DP1: Categorías especiales de datos DP3: Otros datos de carácter personal susceptibles de protección (Identificativos, características personales, circunstancias sociales, profesionales y/o académicos, detalles del empleo, económicos, financieros y de seguros, o información comercial). DP4: Datos de colectivos de especial vulnerabilidad (menores de 14 años, personas incapacitadas judicialmente, etc.) y datos de personas fallecidas.	- Art. 57.1c Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español, art. 57.1.c - Art. 7.1, 16, 18. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. - Art. 10.3 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. - Art. 5, 9, 10 y 25 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). - Art. 15 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. - Art. 35 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y Participación de la Comunidad de Madrid. - Art. 3, 7, 9, 10 y 27 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

- f) **Medidas propuestas para favorecer el acceso a expedientes de acceso restringido (posibilidad**

y modalidad de disociación de datos o acceso parcial): Sí.

DENOMINACIÓN	MEDIDAS
Anonimización	Tratamiento de datos personales consistente en un proceso de desvinculación de aquellos datos personales que permiten identificar, directa o indirectamente, a una persona, haciendo imposible que a través de esos datos anonimizados se pueda identificar o reidentificar a la misma.
Seudonimización	Tratamiento de datos personales de manera tal que ya no puedan atribuirse a un interesado sin utilizar información adicional, siempre que dicha información adicional figure por separado y esté sujeta a medidas técnicas y organizativas destinadas a garantizar que los datos personales no se atribuyan a una persona física identificada o identificable.
Exclusión de documentos	

g) **Medidas específicas de seguridad requeridas por la serie documental:** No proceden.

3. Selección

a) **Selección de la serie:** Eliminación Total (ET).

b) **Metodología de la selección:**

1. Eliminación total de toda la documentación de las Historias Clínicas con más de 5 años de antigüedad, desde la fecha de fallecimiento del paciente o desde la última intervención.
2. Conservación de 1 historia clínica por año como muestra.

c) **Tipo de muestra:** Muestreo Cronológico (M – C) y Muestreo Probabilístico / Aleatorio de ejemplar (Mu – P/A y Mu – E).

d) **Plazos de eliminación:**

- i. **EN ARCHIVO DE GESTIÓN:** A los 5 años.
- ii. **EN ARCHIVO CENTRAL:** No procede.
- iii. **EN ARCHIVO INTERMEDIO:** No procede.

e) **Soporte de sustitución:** No.

f) **Conservación de la documentación original en caso de sustitución de soporte:** No procede.

g) **Plazos de permanencia:**

	PLAZO (años)	JUSTIFICACIÓN
EN ARCHIVO DE GESTIÓN	5	Desde la fecha de cierre de la Historia Clínica, siguiendo lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Historia Clínica)
EN ARCHIVO CENTRAL		
EN ARCHIVO INTERMEDIO		

h) **Observaciones:** No proceden.

4. Recomendaciones al gestor

- Disociación de los datos identificativos de los de carácter clínico asistencial. De acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia,

obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos, o en los supuestos legalmente permitidos.

- Medidas específicas de control de acceso. Se ha de controlar que únicamente acceden a las historias clínicas los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones. El sistema que gestione el acceso deberá dejar constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

X. CONTROL

1. DATOS GENERALES DE CONTROL

Órgano proponente del Estudio de Identificación y Valoración:	Ayuntamiento de Arganda del Rey
Responsable del Estudio de Identificación y Valoración:	Julio Cerdá Díaz (Jefe de la Unidad de Gestión de Información y Transformación Digital. Director del Archivo) Mesa de Trabajo de Valoración de Documentos de los Subsistemas de Archivos de las Entidades Locales de la Comunidad de Madrid.
Archivo/s donde se ha llevado a cabo el trabajo de campo:	Área de Salud / Archivo Oficina
Fechas extremas del período estudiado (aaaa – aaaa):	25/11/1983 - 17/09/2010
Fecha de realización (dd/mm/aaaa):	10/03/2025
Fecha de revisión (dd/mm/aaaa) (CACM):	

2. OBSERVACIONES