

La historia clínica es el soporte de información generado por el equipo sanitario en su práctica asistencial en torno a un paciente concreto. Al mismo tiempo actúa como vehículo de transmisión de la información entre los diferentes miembros del equipo sanitario durante el período de asistencia y entre otros equipos sanitarios que puedan prestar asistencia al mismo paciente, en otro tiempo o lugar. Sus características fundamentales son tres: debe ser un documento personal, integrado y acumulativo; personal porque debe ser único por paciente, integrado porque debe recoger en un único documento toda la información que el paciente genere en la institución y acumulativo porque debe ir creciendo con los sucesivos episodios asistenciales a lo largo de la vida del paciente.

La identificación de este documento se realiza mediante un número secuencial único y permanente (una vez asignado, el paciente siempre será identificado por el mismo número), otorgado por la institución y que se asignará en el primer contacto que el paciente tenga con ésta. La colección documental así generada recibe el nombre de Historia Clínica (HC) y viene a ser con alguna matización que después analizaremos, el documento primario de nuestro sistema de información. Dicho documento primario se conservará en una memoria pasiva que es lo que conocemos como Archivo Central de Historias Clínicas (ACHC).

Según una definición clásica de Place y Papham entendemos por Archivo la colocación de documentos en receptáculos adecuados, con algún arreglo predeterminado, de modo que, cualquiera de ellos cuando sea requerido, pueda ser localizado rápida y cómodamente. El ACHC se orienta, por tanto, en un doble sentido: por un lado, hacia el mantenimiento físico y lógico de la colección documental: identificación y creación de nuevos documentos, control de movimientos y ubicación de documentos, reclamación de préstamos demorados, con-

EL ARCHIVO CENTRAL DE HISTORIAS CLÍNICAS HOSPITALARIO

REPORTATGES



servación física de los documentos, etc. Y por otro lado, hacia la participación del ACHC en el Sistema de Información Hospitalario.

En las funciones del Archivo propiamente dichas, poco se diferencian de los métodos y procedimientos de otros archivos, pero existen algunas peculiaridades:

Dado que el identificador del documento es un número, nos podemos servir de él para desarrollar una serie de utilidades. Como primera utilidad en el tiempo se usaron los códigos de color. Dicha utilidad

Portada: Revista de la Sociedad Española de Documentación Médica *Papeles Médicos*.

chivos que mueven gran volumen de documentación y donde ésta se incrementa constantemente es el de la necesidad de espacio y el uso eficiente de éste. Si las historias clínicas se ordenan con respecto a su número con arreglo a la secuencia numérica ordinaria, el crecimiento del Archivo será imparable al no permitir depuración alguna; por este motivo y como paso previo, debemos dividir el archivo en Archivo Activo y Archivo Pasivo. Este último contiene la documentación que es objeto de menor consulta, y consecuentemente, la transferencia de documentación del Archivo Activo al Pasivo se hará con arreglo a criterios preestablecidos como son las historias clínicas de pacientes fallecidos, las historias clínicas que no han sido objeto de consulta en los últimos 3 años, y por último, las historias clínicas de pacientes no residentes en nuestra Comunidad Autónoma.

Con esta distribución se consigue que el área de trabajo sea de menor tamaño, lo que incrementa la agilidad, el reparto de tareas entre el personal, y crea menor necesidad de provisión de espacio en el tiempo. Pero depurar los documentos al Archivo Pasivo no sirve de nada si no se puede recuperar el espacio liberado. Para conseguir esto último se recurre a la colocación de historias clínicas según el sistema dígito-terminal, el cual consiste en dividir el número de la historia clínica en cifras de dos dígitos empezando por la derecha; paralelamente a esto dividimos el Archivo en 100 secciones y éstas a su vez en 100 subsecciones (esta última división a veces puede obviarse por motivos de espacio, quedándonos sólo con una división en 100 secciones), asignamos un doble dígito a cada sección y archivamos las historias clínicas empezando por el doble dígito de la derecha. Así, por ejemplo, la historia clínica 214.301 (21-43-01) se archivaría en la sección 01 (junto con todas las historias cuya terminación fuera 01) y subsección 43. De esta manera podemos recuperar



Triptico y póster del Congreso: "Informar la Información". VII Congreso Nacional de Documentación Médica celebrado en Valencia el 14 y 15 de Junio.

el espacio que queda al extraer una historia de una colección documental de cientos de miles.

Cabe recordar que para que este sistema funcione correctamente, es conveniente que todas las secciones dispongan de igualdad de espacio para archivar la documentación, que la división por secciones se adapte a la estructura física de las estanterías, no debiéndose utilizar fracciones de las mismas como divisiones, dado que esto inducirá a error al alterar la homogeneidad de la estructuración, y por último, recordar la utilidad de emplear sistemas de ayuda óptica como son las etiquetas de color en los lomos de las HC o bordes de los sobres que las contengan.

En los Archivos de Historias Clínicas de Atención Primaria suele usarse una variante de este tipo de archivado, se trata de formar el número de la historia clínica con las iniciales del apellido y la fecha de nacimiento invertida, es decir comenzando por los días como primer número significativo. En este caso el Archivo estaría dividido en 31 secciones que a su vez se dividirían en 12 divisiones.

En cambio, el ACHC no debe ser un mero depositario de la colección documental, sino incardinarse activamente en el Sistema de Información Hospitalario, con la creación de un Sistema de Recuperación de la Información (SRI) y su activa participación en este ámbito. Un SRI tiene por

objetivo la instrumentalización de determinados protocolos de actuación encaminados a almacenar, procesar y recuperar los documentos y la información contenida en ellos, de forma que pueda satisfacer con la máxima flexibilidad posible necesidades informativas no previamente establecidas.

El SRI clínico lo definimos pues como un sistema que almacena una colección de datos cada vez que un paciente entra en contacto con el sistema sanitario, y que permite recuperar el documento primario o la información contenida en éste mediante el cruce de dos perfiles informativos, el del documento y el de la petición de búsqueda, basados en un lenguaje común que fundamenta su coherencia en el control de vocabulario.

Vamos a centrarnos ahora en los Archivos Centrales de Historias Clínicas, en los que encontramos el Documento Primario, soporte de la información resultante inmediato de la investigación, la docencia o la asistencia. En el caso que nos ocupa corresponde a la historia clínica, con la salvedad de que ésta, contiene toda la información de los sucesivos episodios asistenciales del paciente, por lo que debe definirse a continuación la Unidad Documental: una unidad de información mínima, objeto de análisis, que corresponderá en nuestro caso al episodio asistencial, aunque hay quien propugna que la estancia en servicios médicos diferentes en el curso de un mismo ingreso debería constituir episodios asistenciales separados. Posteriormente, hablaremos del Análisis Documental, un conjunto de operaciones que se realizan en un documento y en su contenido, de tal forma que resulte posible su recuperación.

En nuestro caso, la descripción o análisis externo, se reduce a la identificación del documento por el número de historia clínica, y la indización o análisis interno consiste en establecer el perfil informativo del documento.

Igualmente, podemos hablar del Perfil del documento, es decir, del establecimiento de una correspondencia unívoca entre los términos del documento expresados en lenguaje natural y el lenguaje documental. Éste estará constituido por los datos de filiación del paciente (provenientes de las bases de datos donde se identifica al paciente con su historia clínica), los datos administrativos de la asistencia (provenientes de las bases de datos de movimientos de pacientes, cuándo, dónde, en qué servicio ingresó, datos del alta hospitalaria, etc.) y los datos clínicos de la misma (pruebas diagnósticas, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, diagnósticos alcanzados).

Hablaremos también de la Memoria pasiva: conjunto de documentos o colección documental, que correspondería al conjunto físico de las historias clínicas, y de la Memoria activa: resultado del proceso de tratamiento de los documentos primarios e integrada por los documentos secundarios, que correspondería a los perfiles informativos de cada documento (en este caso de cada episodio asistencial).

El perfil informativo de un episodio asistencial esta representado mediante el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Los documentos secundarios son sustituidos por soportes lógicos que recogen en una aplicación informática los datos que comentábamos al hablar del perfil informativo. Dichos datos se van adquiriendo desde el momento que el paciente contacta con el hospital y a lo largo de su ingreso, tras el alta del paciente se recogen los datos de ésta y cuando la historia clínica vuelve al ACHC se produce la indización de los diagnósticos y procedimientos que se han producido durante su ingreso, con esa información se alimenta el sistema completando así el CMBD de cada episodio asistencial. Estos últimos datos de diagnósticos y procedimientos son codificados mediante el lenguaje documental o lenguaje del sistema.

Para llevar a cabo el proceso mencionado, contamos con un Lenguaje Documental o Lenguaje del Sistema: conjunto de claves, códigos o términos convencionales que utilizamos para describir los contenidos de las clases de datos, de acuerdo con las normas del sistema de información. En lo que se refiere a nuestro caso usaremos como lenguaje documental la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE-9-MC.

Por otra parte, en el momento de realizar una búsqueda en el sistema de información hospitalario, el usuario deberá efectuar la correspondiente petición: primero una solicitud de información: petición del usuario en lenguaje natural. A continuación, concretar el perfil de búsqueda, es decir, la traducción del contenido semántico de la petición de información al lenguaje documental, y posteriormente, realizar la recuperación de la información, que consiste en extracción de la colección documental o de la memoria del sistema de los documentos o la información pertinente, mediante criterios de similitud establecidos entre el perfil de búsqueda y todos los perfiles informativos de la base de datos.

Esta extracción puede corresponder bien a los documentos primarios que el solicitante quiera recuperar en función de que cumplan determinados criterios, o bien a una estadística básica de las informaciones recogidas en cada perfil informativo (CMBD). En este caso, los datos que componen el CMBD y que están fijados por la legislación vigente son:

La identificación del hospital (permanente para identificar al centro sanitario cuando estos datos se vuelquen en bases de datos autonómicas o nacionales), el número de historia clínica (permanente dentro de cada institución), número de asistencia (variable para identificar los sucesivos episodios asistenciales del mismo paciente), fecha de nacimiento, sexo, lugar de residencia, financiación (compañías privadas, servicios de salud públicos, pero de otras comunidades o extranjero, etc.), hora y fecha de ingreso, servicio de ingreso, circunstancias del ingreso, diagnóstico Principal (codificado), otros diagnósticos (codificados, hasta 8), Código E (capítulo de la CIE que permite recoger la causa de lesiones e intoxicaciones, codificado), el procedimiento quirúrgico/obstétrico (codificado), otro procedimiento (codificados, hasta 8), fecha de intervención, hora y fecha de alta, circunstancias de alta, servicio de alta, peso del recién nacido al nacer (si procede, expresado en gramos, hasta 2, sexo al nacimiento del recién nacido (si procede, codificado, hasta 2). Un total 37 campos.

De este modo se permite la selección de casos o la estadística básica, interrogando al sistema con la posibilidad de cruzar todos los campos que componen el CMBD. Por último, referir que la economía de espacio y las necesarias garantías de conservación de la documentación original, o al menos de sus facsimiles, aconsejan utilizar técnicas de miniaturización, tal y como se utilizan en otros tipos de Archivos, como la microfilmación (progresivamente en desuso) o la digitalización de los documentos de la historia clínica para su almacenamiento en soporte informática. En este sentido, algunos archivos hospitalarios

disponen de sistemas de gestión documental, a la vez que permiten dicha digitalización.

Luis. A. Herrero Cucó
Médico Documentalista
Hospital La Magdalena (Castellón)
Consellería de Sanidad

BIBLIOGRAFIA

- Abraham Sonis; et al. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. 2ª ed., Buenos Aires, Ed. El Ateneo. 1978.
- Ferrero, C.; Giacomini, H.F. Las Estadísticas hospitalarias y la Historia Clínica. Buenos Aires, Ed. El Ateneo. 1973.
- Gil Redrado, J.; Gordo Pérez, J.L.; Izquierdo Martín, J. Admisión y Documentación Clínica. Madrid, Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo/INSALUD. 1989.
- Gremy, F. Informatique Médicale. París, Ed. Flammarion. 1985
- Herrero Cucó, L. Tratamiento y Recuperación de los Documentos Sanitarios. Tabula: Revista de Archivos de Castilla y León, 1993; 2: 67-89.
- Moliné, E. Las Clasificaciones no Secuenciales en el Archivo de Historias Clínicas. Todo Hosp., 1987; 39:77-82.
- Peris, R. Archivo Central de Historias Clínicas: Integración y Recuperación de la Información. Med. Esp. 1974;72: 35-43.
- Peris Bonet, R. Documentación Médica hospitalaria en España: Algunas reflexiones desde Valencia. Pap. Méd. 1998; 7 1:18-24
- Terrada, ML. La documentación Médica como Disciplina. Valencia. Centro de Documentación e Informática Médica, Universidad de Valencia, 1983.
- Orden de 8 de Octubre de 1992 de la Consellería de Sanidad y Consumo por la que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Diario Oficial de la Generalidad Valenciana, núm. 1891.
- O.M.S. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.

CREACIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Por Decreto 57/1984, de 21 de mayo, del Consell de la Generalitat Valenciana se crea este Archivo, dependiente de la Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia, que tiene como misión recoger, conservar y disponer para su utilización los fondos documentales de la Generalitat Valenciana, cualquiera que fuera su soporte y forma de presentación.

La Ley Orgánica 5/1982 de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, en su artículo 31.6 atribuye a la Generalitat Valenciana competencia exclusiva en materias relativas a Archivos que no sean de titularidad estatal. Por Real Decreto 3066/1983, de 13 de octubre se transfieren las competencias en materia de Cultura, y por Decreto 171/1983, de 29 de diciembre, de la Presidencia de la Generalitat Valenciana, dichas competencias las asume la Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia y las asigna a la Dirección General de Cultura en conformidad con el artículo 14 del Decreto 38/1984, de Estructuración Orgánica, aprobado por el Consell el 2 de abril de 1984. En este contexto legal y dado el gran interés que el titular de la Dirección General de Cultura tenía por la conservación de los fondos documentales de la Generalitat se crea este Archivo.

El Decreto de creación del Archivo Central de la Generalitat Valenciana se publicó el 8 de junio de 1984 (D.O.G.V. 168) y es muy semejante al 914/1969 de creación del Archivo General de la Administración Civil (Alcalá de Henares) (B.O.E. 125), si bien no se marcan rígidos plazos de transferencias de documentación, ni se realizan excesivas especificaciones, pues la Comunidad Autónoma es una administración reciente con unas características poco definidas y no se trataba tanto de formar una estructura rígida como de dar so-

ARCHIVO DE LA GENERALITAT VALENCIANA



Vista parcial de uno de los pasillos.

REPORTATGES



porte legal a una necesidad que en ese momento comenzaba a plantearse, por la producción creciente de documentación de los distintos organismos de la Generalitat, conforme se iban realizando las transferencias y desarrollando el reciente Estatuto de Autonomía.

Según especifica el artículo 3 del Decreto de creación "anualmente las dependencias de la Administración Autonómica, coordinadas con los responsables del Archivo, remitirán a éste la totalidad de la documentación... que no sea necesaria para la tramitación de los asuntos y que carezca de vigencia administrativa, por haberse producido en la dependencia que los ha elaborado o tramitado la totalidad de sus efectos". Por consiguiente no hay un criterio fijo con respecto a la permanencia de la documentación en las dependencias que la producen, sino que los envíos se realizan anualmente cuando reúnan algunas de las condiciones expresadas.

Existen expedientes que una vez terminados no se vuelven a consultar nunca, y en ese caso, al año siguiente pueden ser enviados al Archivo. Otros, por el contrario, tardan años en concluirse o se consultan con frecuencia y por tanto deberán permanecer en la oficina que los utiliza. Cuando una serie documental se consulta poco y ocupa mucho espacio en la dependencia que la generó debe pasar al Archivo. No obstante, si queremos establecer un criterio rígido, cinco años es el tiempo que consideramos como norma. Todo documento debe conservarse y remitirse al Archivo Central, donde se estudiarán las series y se realizarán, en el momento adecuado, los correspondientes expurgos.

Con respecto a la disponibilidad de la documentación conservada en el Archivo, el artículo 4 establece que "estará, en todo momento, a disposición de los organismos que hubieran remitido, facilitándoles, siempre que medie la

solicitud por escrito del Jefe del Servicio o dependencia emanante de la documentación, cualquier información, copia o certificación que le soliciten e incluso, en casos estrictamente necesarios, los originales".

INSTALACIONES

En febrero de 1984 comienza a recogerse la documentación antigua de Presidencia y de la Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia, utilizando como depósito provisional el "palomar del Palau" (última planta de la torre antigua del Palacio de la Generalitat) donde anteriormente estaba el depósito del Archivo de la Diputación Provincial de Valencia. En 1985 al instalarse los servicios centrales de la Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia en los locales del Colegio San Francisco Javier, se trasladaron los fondos el 21 de marzo a una dependencia de la planta baja del edificio (el lugar destinado a vestuario de niños) donde permanecieron durante tres años.

El 12 de febrero de 1988 se inaugura el edificio destinado a Centro de Bibliotecas y Archivo Central de la Generalitat Valenciana. Construido de nueva planta tiene disposición rectangular horizontal en dos plantas con un total de 6.000 m²; del edificio, una cuarta parte se destinó a Centro de Bibliotecas y ahora a las oficinas de la Dirección General del Libro, Archivos y Bibliotecas; las tres cuartas restantes a Archivo, que ocupa la mitad de la planta baja y toda la primera planta. En el bajo se sitúa la recepción, administración, sala de consulta, dirección, sala de trabajos técnicos, muelle y depósito temporal con estantería convencional; en la planta superior, doce depósitos con estantería compacta tienen capacidad para treinta kilómetros. Las dimensiones del edificio equivalen a un diez por ciento de las que posee el Archivo General de la Administración Civil del Estado.



Doce depósitos en la estantería compacta tienen capacidad para 30 Kilómetros.



FONDOS CONSERVADOS Y TRABAJOS TÉCNICOS

Según dispone el Decreto de creación ingresan en el Archivo los fondos documentales de la Generalitat Valenciana. En principio correspondería ingresar solamente desde la promulgación del Real Decreto-Ley 10/1978, de 17 de marzo, por el que se aprueba el régimen preautonómico del País Valenciano.

No obstante, ingresan algunos documentos de fecha anterior por haber sido transferidos por el Estado, o por los organismos productores, a la Comunidad Autónoma y ser esta documentación precedente de la que se genera en la actualidad.

Como ya hemos señalado, no existe un criterio temporal fijo para determinar qué documentación pasa al archivo y la que permanece en la oficina productora. Por ello se envían en ocasiones series documentales producidas el año anterior y sin embargo otras no se remiten durante varios años por ser necesarias en la dependencia de origen.

Para el envío de documentación al Archivo se dispone de impresos de "Relación de Entrega" donde cada oficina detalla por tipos documentales los fondos que remiten, especificando su contenido en función de las necesidades de descripción que precisa para su búsqueda. Desde el año 2000 existe una aplicación informática, accesible desde Internet mediante una clave de acceso que facilita el Archivo Central a cada oficina remitente, para la redacción y transmisión de las relaciones de entrega.

Con el fin de que realicen de forma adecuada las labores de archivo en las oficinas productoras, se imparten desde 1984 cursillos de técnicas de archivo para auxiliares administrativos por el Instituto Valenciano de Administración Pública (IVAP) en los que participa el personal de Archivos de la Generalitat.

Desde 1986 comenzaron a funcionar servicios de archivo central en cuatro Consellerías, concretamente en: Industria, Comercio y Turismo; Agricultura, Pesca y Alimentación; Trabajo y Asuntos Sociales; y Sanidad y Consumo, que recogen la documentación de sus departamentos y la transfieren a nuestro Archivo, centralizando las entregas y el nivel de homologación de series y descripción de los envíos. Realizan su trabajo en total relación con los archivos de gestión, de forma que mejora la génesis documental y el archivo de oficina, base para nuestro correcto funcionamiento.

Recibida la documentación en el Archivo se estantea en el momento de llegada con el fin de poder servir cualquier expediente desde el mismo día de recepción y se registra el envío de forma provisional. Posteriormente se comprueba la "Relación de Entrega" con la documentación enviada realizando, en su caso, las modificaciones pertinentes y se ponen las firmas correspondientes, se registra en el general del Archivo, devolviendo uno de los ejemplares de la "Relación de Entrega" a la oficina productora, que en caso de necesitar algún documento posteriormente rellena la hoja de préstamo o consulta haciendo constar la signatura. De los dos ejemplares de la "Relación de Entrega" que nos quedamos, uno se guarda por organismos y series documentales y el otro por orden topográfico de los depósitos y unidades de instalación. Con la aplicación informática implantada en el año 2000 se puede consultar directamente la signatura por Internet sin necesidad de recibir la oficina productora la copia de la relación de entrega que envía el Archivo.

Cuando se trata de fondos procedentes de oficinas u organismos desaparecidos, el propio personal del Archivo realiza las tareas de clasificación, ordenación y relación de la documentación.

Se está realizando el estudio de los tipos documentales produci-



Máquina de encolar lomos del Archivo Central.

dos por la Generalitat y se ha creado recientemente la Junta Calificadora de Documentos Administrativos que prevé la Ley de Patrimonio Cultural Valenciano, para determinar qué series son susceptibles de expurgo (para lo que se dispone de una destructora de gran capacidad) y entonces proceder a la descripción técnica de los fondos que se conserven de forma permanente. Ya está en funcionamiento una Comisión de Trabajo de representantes de todas las Consellerías para estudiar los documentos producidos por el Gobierno Valenciano que propondrá las tablas de expurgo de las series documentales a la mencionada Junta Calificadora.

Estamos pues, por el momento, en una etapa de archivo de conservación temporal en la que el principal consultor de los documentos es la propia oficina productora, o el ciudadano a través de ella, en la que se persigue más su conservación y fácil acceso que el tener un conocimiento exhaustivo de los documentos. Por ello es la propia "Relación de Entrega" el instrumento descriptivo que nos permite el acceso y control de la documentación que conservamos.

Se ha tratado pues de rentabilizar al máximo las instalaciones y personal disponible en cada momento, pues si ya hemos hablado de los locales que se han tenido desde su creación, también hemos de destacar que desde 1984 hasta 1990 el Director del Programa de Archivos compatibiliza la Dirección del Archivo y la Jefatura de Sección de Archivos, en 1988 se crea la plantilla del Archivo, compuesta por siete personas (1 Director, 2 Ayudantes de Archivos, 2 Auxiliares de Gestión y 2 Subalternos), que se va cubriendo paulatinamente y en 1992 se amortiza una de las plazas de Ayudante de Archivos, rebajando la plantilla a seis personas como continua actualmente.

No obstante la carencia de personal, lo principal de esta etapa ha sido la voluntad de creación y puesta en funcionamiento de un centro archivístico donde se conservase la documentación de nuestra Comunidad Autónoma y esto es lo realmente importante, pues ha permitido la incorporación de más de veinte kilómetros de documentación y su conocimiento a nivel de inventario.

BIBLIOGRAFÍA

- ARQUITECTURA Valenciana: La década de los ochenta. Catálogo de la Exposición realizada en el IVAM Centre del Carme 13 de marzo/21 abril, 1991, pp.158-163.

- CERDA VARRA, Francisca: Fondos documentales de la Oficina Comarcal de Castellón de la Dirección General de Regiones Devastadas y Reparaciones en el Arxiu Central de la Generalitat Valenciana (1940-1960). Diputació Provincial de Castellón, "Estudis Castellonencs", nº 7, 1996-1997, pp. 217-230.

- SÁNCHEZ PORTAS, Javier: El Programa Arxivístico de la Generalitat. Publicat a Batllia, núm. 4, Primavera-Estiu de 1986, pp. 128-129.

- SÁNCHEZ PORTAS, Javier: La Experiencia Archivística de la Comunidad Autónoma Valenciana 1984-1988. Publicado en Actas del 2º Encontro Nacional de Arquivos Municipais Montemor-o-Novo, 23-25 de Novembro de 1988 pp.187-200. Associação portuguesa de bibliotecários arquivistas e documentalistas, Lisboa, 1992.

- SÁNCHEZ PORTAS, Javier: El Archivo Central de la Generalitat Valenciana. Publicado en Homenaje al Profesor Dr. José Trenchs Odena. Diputació Provincial de Castellón, "Estudis Castellonencs" nº 5-6, 1993-1994, pp. 1191-1195.

- SÁNCHEZ PORTAS, Javier, SARTI MARTÍNEZ, Mª Jesús: Guía del Archivo Central de la Generalitat Valenciana. Valencia: Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia, 1995.