

Plan^{de} información asistencial^{en} atención primaria y especializada



Plan de Información Asistencial
en Atención Primaria
y Especializada

Valladolid 4 de febrero de 2011

Índice

1. Justificación	pag.7
2. Marco normativo	pag.9
3. Titulares del derecho a la información	pag.11
4. Objetivo general	pag.13
5. Objetivos específicos	pag.15
6. Medidas	pag.17
7. Tipos de información:	pag.19
1. General	pag.19
2. Clínica	pag.19
8. Plan/Protocolo de información asistencial	pag.27
1. Información Presencial	pag.27
i. A quién se informa	pag.29
ii. Quién informa: responsable de la información.....	pag.30
iii. Periodicidad de la información	pag.31
iv. Procedimiento de información a pacientes y familiares	pag.31
2. Información clínica escrita	pag.37
i. Documentos y otro material de apoyo	pag.37
ii. Acceso a la documentación clínica	pag.39
9. Recursos necesarios	pag.45



1

Justificación

Los cambios sociales y tecnológicos operados en nuestra sociedad en las últimas décadas tienen su traducción, en el ámbito sanitario, en el asentamiento del principio de autonomía del paciente y en el acceso de la población a medios telemáticos.

La sociedad demanda una sanidad de calidad y humanizada, donde los pacientes y usuarios sean el centro y el objetivo de la actividad.

En este marco, la información constituye una obligación prioritaria en cualquier programa sanitario.

La legislación sanitaria, desde la Ley General de Sanidad hasta la más reciente normativa autonómica, ha venido regulando las bases tanto de la información clínica a los pacientes como de la información general a los usuarios, apareciendo ambas como derechos de las personas cuando entran en contacto con los servicios sanitarios.

La Administración Sanitaria como garante de los derechos de los ciudadanos en materia de sanidad, está obligada a una continua revisión y adaptación de los parámetros y de los recursos disponibles para mejorar la **accesibilidad de los usuarios**.



este plan de información
pretende plasmar de un modo
sencillo los recursos disponibles
y medios aceptados
para gestionar la información

También está obligada a **garantizar los derechos de información de los pacientes** mediante la formación continuada de sus profesionales y mediante la organización funcional de los servicios.

Desde esta perspectiva, el plan de garantía de los derechos de las personas en relación con la salud que se puso en marcha en el año 2007, incorpora una línea estratégica dirigida a la protección de los derechos relativos a la información asistencial y a la información sanitaria general.

El plan contempla tres objetivos claros y las medidas propuestas para su consecución, de modo que se asegurase una buena información clínica, una mejora en la acogida de los pacientes en el momento del ingreso y una mejora de la información general sobre todo en el área de los derechos y deberes de los pacientes y usuarios en relación con la salud.

Además, establece la necesidad de elaborar un plan de información asistencial en cada centro, que ordenara quién es el responsable de la información, a quién informar y cómo, dónde y cuándo informar.

Una vez establecidas las bases y habiendo realizado un análisis de la situación actual, en la que se aprecia un gran avance en la consecución de los objetivos de información, conviene en el camino de la mejora continua, recopilar y homogeneizar los contenidos de información procurando la incorporación de las nuevas tecnologías sin descuidar las obligaciones referidas a la confidencialidad.

Este PLAN DE INFORMACIÓN pretende plasmar de un modo sencillo los recursos disponibles y medios aceptados para gestionar la información, tanto la general ofrecida a todos los usuarios como la asistencial debida a los pacientes.

Su aplicación corresponde a los profesionales del Sistema Sanitario sabedores de que la relación médico-paciente se asienta en el principio de confianza, que a su vez se sustenta en una información clara, asequible y veraz.

2

Marco Normativo


La regulación de la información, en el ámbito sanitario, ha sido ampliamente tratada en las leyes de ámbito estatal y autonómico, tomando como fundamento básico la dignidad de las personas y el principio de autonomía.

En el ámbito de la información clínica, los avances tecnológicos aplicados a la documentación sanitaria, así como la creciente demanda de asistencia por una población conocedora de sus derechos, aconsejan una revisión y adaptación de las normas para que los profesionales actúen con pleno conocimiento en las relaciones clínico-asistenciales.

La 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, establece una serie de derechos para los pacientes y usuarios que automáticamente se convierten en obligaciones para los profesionales de los servicios de salud.

En desarrollo de la Ley de autonomía, se dicta la **Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de Castilla y León** que traslada y adapta a nuestro entorno las obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Ley 8/2003, es a su vez desarrollada por el **Decreto 101/2005 de 22 de diciembre, por el que**



El ordenamiento jurídico reconoce el derecho a la confidencialidad de los datos personales, siendo de aplicación directa la Ley Orgánica 15/1999

se regula la historia clínica, que viene a clarificar los aspectos relacionados con la gestión de la historia clínica.

El ordenamiento jurídico reconoce el derecho a la confidencialidad de los datos personales, siendo de aplicación directa la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal**, que estipula que los datos sanitarios son datos especialmente protegidos.

En el ámbito de la información general a los usuarios debemos tener en cuenta el Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario, que viene a desarrollar el derecho reconocido tanto en la Ley General de Sanidad como en la Ley 8/2003 de derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

También hay que tener en cuenta la Orden SBS/1325/2003, de 3 de septiembre por la que se publican las cartas de derechos y deberes de las guías de información al usuario, así como la Orden SAN/279/2005, de 5 de abril, por la que se desarrolla el procedimiento de tramitación de las reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario y se regulan la gestión y el análisis de la información derivada de las mismas.

Finalmente el Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el registro de pacientes en lista de espera de Atención Especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema Público de Salud de Castilla y León, articula un sistema de información específico, cumpliendo con el criterio de transparencia en la actuación pública.

3

Titulares del derecho a la información

Son titulares del derecho a la información general todos los usuarios del Sistema Público de Salud de Castilla y León.

Es usuario del Sistema Público de Salud de Castilla y León, la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, prevención de enfermedades y de información sanitaria.

Son titulares del derecho a la información sanitaria los pacientes.

Es paciente la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

También tendrán la condición de titulares del derecho a la información sanitaria las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho cuando exista un consentimiento tácito o expreso.

La información clínica relativa a pacientes menores de edad sanitaria o incapacitados se facilitará a los padres o tutores, sin perjuicio de que los pacientes en esta situación deban ser informados en un lenguaje adaptado a su nivel de comprensión.



Los pacientes tienen derecho a no ser informados, cuando así lo soliciten.

El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. En este caso el médico dejará constancia escrita en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.



4

Objetivo general

Proporcionar al **usuario** la información sobre el funcionamiento y prestaciones del Sistema Público de Salud de Castilla y León.

Proporcionar al **paciente** la información clínica de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades para facilitarle la toma de decisiones de acuerdo con su libre voluntad.

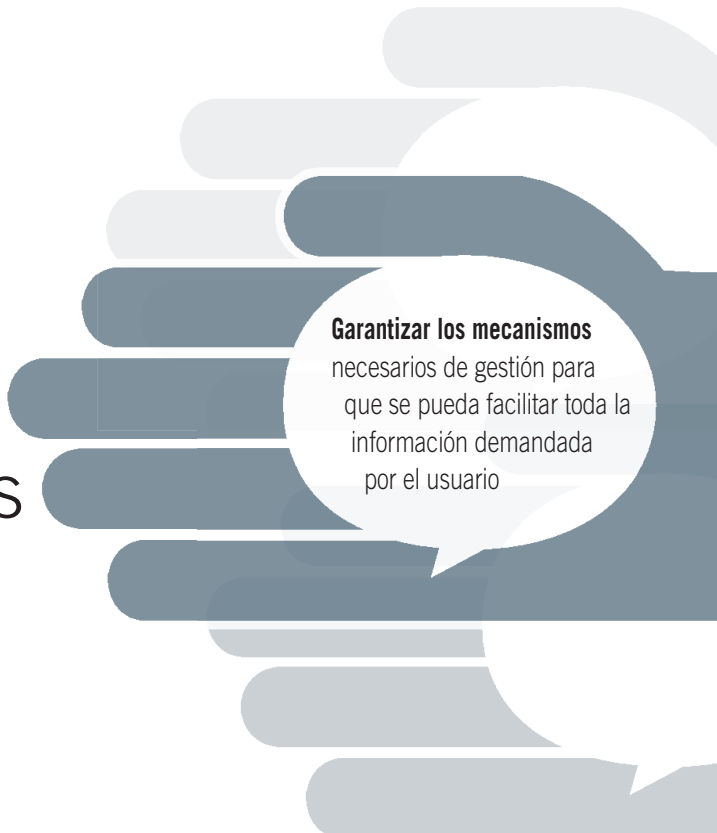




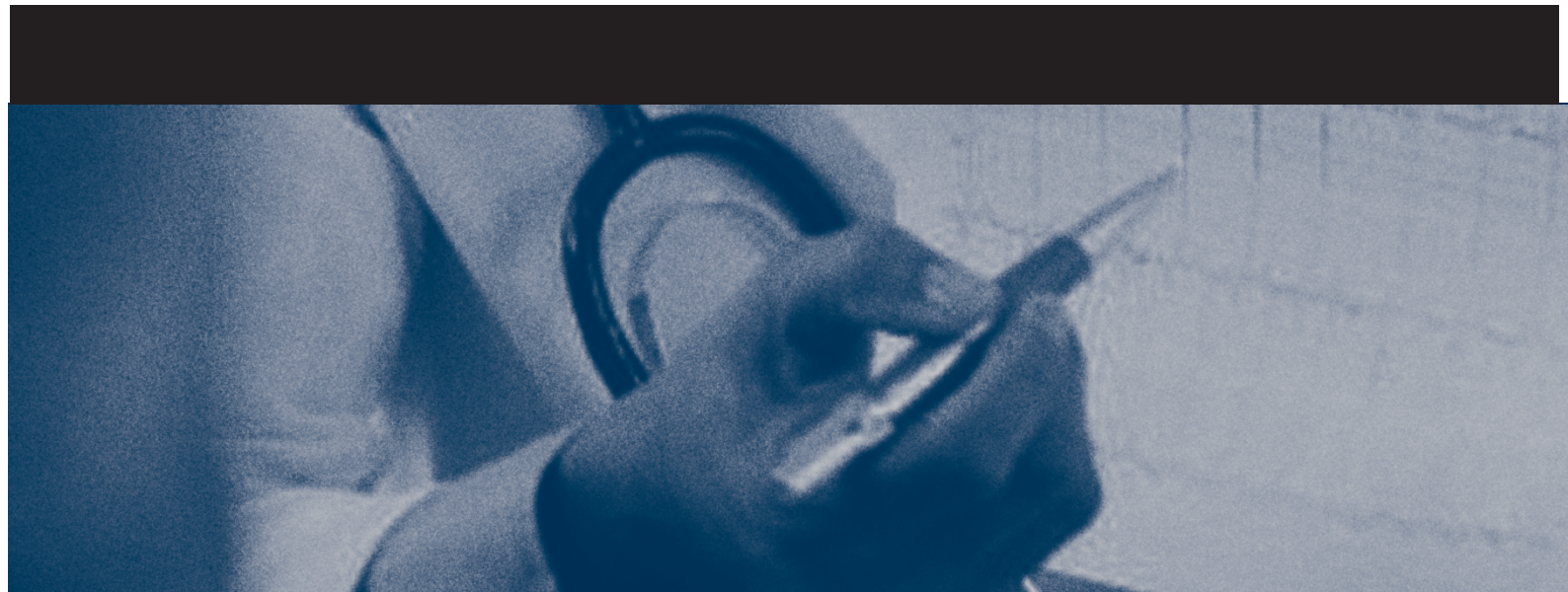
5

Objetivos específicos

1. Establecer la coordinación necesaria dentro del Sistema Público de Salud de Castilla y León para que la información ofrecida al usuario, sea coherente y dé respuesta a sus expectativas.
2. Garantizar los mecanismos necesarios de gestión para que se pueda facilitar toda la información demandada por el usuario, acorde a la legislación vigente, con las máximas garantías de confidencialidad, intimidad y calidad.
3. Adaptar la información a los nuevos canales disponibles actualmente, garantizando en cada uno de ellos los mismos principios y utilizándolos en función de la mejor opción para que la comunicación sea clara, veraz y rápida.



Garantizar los mecanismos necesarios de gestión para que se pueda facilitar toda la información demandada por el usuario



6

Medidas

Organizar acciones formativas para todos los profesionales, sobre todo los de nueva incorporación, que garanticen el conocimiento del plan de información propio de cada centro, y el manejo adecuado de a quién, cómo, cuándo y cuánta información hay que dar.

Homogeneizar, en la medida de lo posible, la información que se facilita en los centros para garantizar el derecho a la información de los pacientes y usuarios en condiciones de igualdad.

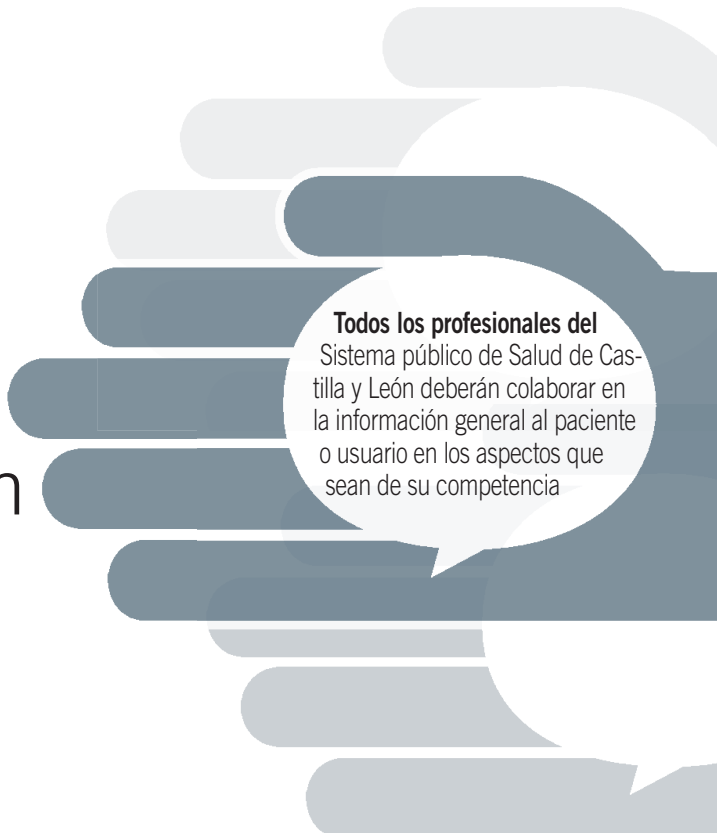
Incorporar progresivamente las nuevas tecnologías en los procesos de información, garantizando, en todo caso, la confidencialidad de la información clínica.





7

Tipos de información



Todos los profesionales del Sistema público de Salud de Castilla y León deberán colaborar en la información general al paciente o usuario en los aspectos que sean de su competencia

1. Información general

Dirigida a que los pacientes y usuarios tengan una visión global del Sistema Público de Salud de Castilla y León que, les ayude a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, al tiempo que asumen las obligaciones que conlleva su condición de usuarios o pacientes. Deberá llegar al mayor número posible de usuarios pudiendo ser:

Institucional de la Consejería de Sanidad

En los centro sanitarios relativa al funcionamiento ordinario de los servicios y prestaciones

2. Información clínica

La información clínica se facilitará exclusivamente al paciente o a las personas por él autorizadas. Comprende el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y alternativas al mismo. Tiene la finalidad de ayudar al paciente en la toma de decisiones sobre su salud.

La información clínica generalmente será verbal, por el profesional responsable en cada caso.

En las excepciones contempladas en la norma, la información verbal será complementada mediante el documento de consentimiento informado.

1. INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL INSTITUCIONAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

- A través del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León.
- Mediante campañas de difusión de temas concretos.
- Comunicados de prensa.
- Comparecencias parlamentarias.
- Teléfonos especiales: con ocasión de cambios que afecten a una parte muy importante de la población (por ejemplo, traslados de ubicación de un centro hospitalario), se habilita un teléfono especial (líneas 900), para que se resuelvan las dudas generadas en torno a esos cambios.
- Normativa.

INFORMACIÓN GENERAL EN LOS CENTROS ASISTENCIALES

1. A través de las **Unidades de Atención al Paciente o Atención al Ciudadano o unidades administrativas o puntos de información** habilitadas para ejercer esta función.

- **Información a demanda del usuario** sobre la realización de trámites o ejercicio de derechos: solicitud de copia de historia clínica, solicitud de informes, cambio de especialista, traslados, solicitud de entrevistas, información sobre procedimientos para formular reclamaciones, segunda opinión médica.

La información se facilitará de modo presencial, telefónico o telemático.

- **Guías de información a los usuarios específicas para cada uno de los centro:** todos los centro asistenciales, disponen de una Guía de información al usuario, que se encuentra disponible en los servicios de Atención al Usuario y en los servicios de Admisión, así como en los puntos mas transitados del centro. Las guías de información al usuario contienen la siguiente información:

1. Estructura organizativa

- Identificación del centro: nombre, dirección, teléfono y titularidad.
- Directorio de localización de servicios.
- Organigrama.

2. Oferta de servicios

- Modalidades de prestaciones sanitarias: generales y específicas.
- Acceso a la asistencia sanitaria.

- Prestaciones sanitarias: cartera de servicios, farmacia, complementarias (ortoprotésica, transporte sanitario, tratamiento dietoterápicos complejos o terapias respiratorias).

3. Recursos.

- Personal.
- Instalaciones.
- Equipamiento tecnológico.

4. Información.

- Información asistencial: servicios que facilitan información sobre tramitaciones y documentación clínica e información para la utilización de otros servicios sanitarios.
- Información no asistencial: visitas, tarifas, asociaciones, teléfono, televisión, tanatorio, etc.

5. Reclamaciones y sugerencias.

6. Normas de régimen interno.

7. Derechos y deberes.

- **Información facilitada en los Protocolos de acogida e información general al paciente** en el momento del ingreso y procesos ambulatorios en los que se prevé un contacto prolongado con el centro.

En Atención Especializada, este protocolo regula el proceso de acogida al paciente, especificando cómo se le dará la bienvenida y la información verbal y escrita sobre las normas generales del centro. El paciente será acompañado hasta la unidad donde vaya a recibir la asistencia (hospitalización/proceso ambulatorio) y se le presentará al personal sanitario responsable de su asistencia en dicha unidad, quien en este proceso de acogida le transmitirá la información relativa a horarios, servicios y normas de funcionamiento de la unidad en particular y del hospital en general, acompañando al usuario hasta la habitación o lugar de la asistencia e informando sobre el mobiliario que le corresponde en uso y su utilización.

Se le hará entrega del Manual de acogida escrito, bien en formato folleto o díptico.

Desde la Gerencia Regional de Salud, se ha elaborado un contenido mínimo del Manual de acogida al paciente para homogeneizar la información más importante que no debe de faltar en dichos manuales.

Contenido mínimo del Manual de acogida al paciente ingresado o en procesos ambulatorios en los que se prevé un contacto prolongado en el centro.

1. **Presentación y bienvenida.** Se recomienda dar la bienvenida al paciente y justificar el objeto del manual que se le entrega.

2. Contacto e información telefónica sobre el ingreso/ proceso ambulatorio (lugar y hora de presentación, documentación y enseres personales a llevar).

3. Normas generales durante la estancia en el centro:

- Información médica.
- Información sobre medicación que se toma actualmente.
- Información sobre alergias.
- Información sobre la pulsera identificativa.
- Información sobre personas a las que informar y a las que no de su proceso asistencial (familiares, etc.).
- Información sobre la identificación del personal (personal médico y de enfermería, la identificación por colores, etc.)
- Recomendaciones sobre limpieza, aseo personal, uso de prótesis, descanso, silencio, uso del teléfono y la televisión, estancia en pasillos, etc.)
- Horarios y normas de visitas.
- Horarios de comidas.
- Información sobre cómo contactar con el personal sanitario.
- Horarios generales del centro.
- Normas generales de convivencia.
- Instrucciones en el momento del alta (el informe de alta, horario de salida, necesidad de próximas consultas médicas, recomendaciones de llevar informe a su médico de familia, transporte en ambulancia, material de ortopedia, el alta voluntaria, etc.)
- Autopsias.
- Recomendaciones sobre los objetos personales.
- Prohibición de fumar.
- Plan de emergencias.

4. Servicios de interés

- Servicio de Atención al Usuario (definición, funciones, forma de contacto, horario y situación).

- Servicio de Admisión (definición, funciones, forma de contacto, horario y situación).
- Trabajadores sociales.
- Comité de Ética Asistencial (definición, funciones, forma de contacto).
- Directorio del centro.
- Planos de situación.
- Cartera de servicios.
- Seguridad
- Servicios religiosos (cómo contactar con los diferentes servicios religiosos, situación de la capilla).
- Otros servicios del centro (cafetería, biblioteca, barbería, prensa, asociaciones, voluntariado, etc.)

5. Carta de derechos y deberes y legislación.

6. Consentimiento informado.

7. Donación de sangre, órganos y tejidos.

8. Instrucciones previas.

9. Despedida.

10. Varios

- Acceso al centro (por carretera, transporte público etc.)
- Aparcamiento (lugar y normas de acceso).

■ **Folletos sobre cuestiones de interés general:** voluntades anticipadas, comités de bioética, servicio de voluntariado, anticoncepción, segunda opinión médica, consulta de listas de espera. Estas publicaciones estarán a disposición de los usuarios en los centros sanitarios.

■ **Teléfonos de traducción simultánea:** desde hace dos años, y sensibles al aumento de la demanda asistencial de la población inmigrante, Sacyl tiene contratado un sistema de traducción simultánea telefónica que permite elegir entre 51 idiomas diferentes, para facilitar la atención al mencionado colectivo.

La comunicación se lleva a cabo a través de teléfonos móviles dotados de auriculares dobles, que pueden ser utilizados en cualquier zona del centro, o bien a través de la utilidad “manos libres” desde cualquier despacho del centro.

PERSONAL IMPLICADO: todos los profesionales del Sistema Público de Salud de Castilla y León deberán colaborar en la información general al paciente o usuario en los aspectos que sean de su competencia, derivándolos a las Unidades de Atención al Paciente o a las unidades administrativas cuando sea necesario. Para ello recibirán la formación necesaria, insistiendo en la homogenización de la información sobre el Servicio público de Salud de Castilla y León desde el punto de vista corporativo.

2. INFORMACIÓN CLÍNICA

La información clínica es un derecho de los pacientes que tiene por finalidad permitir conocer al paciente, de una manera veraz y adecuada, su estado de salud en un momento y respecto de una patología concreta, así como las terapias disponibles, para poder decidir libre y voluntariamente entre las alternativas propuestas.

El titular de este derecho es el Paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

Cada centro deberá establecer un sistema de designación de personas autorizadas por el paciente para recibir la información clínica, de modo que queden garantizados los derechos de los pacientes, al tiempo que facilite la labor de los profesionales en un marco de seguridad jurídica.

La información clínica forma parte de las obligaciones asistenciales, formando parte de la *lex artis ad hoc*.

Cada paciente será asignado a un médico, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial, y en su caso, un enfermero responsable del seguimiento de su plan de cuidados.

Cada centro debe establecer los protocolos y recursos necesarios para el efectivo cumplimiento de las obligaciones de información clínica, garantizando su conocimiento por todos los pacientes.

La información clínica es, con carácter general, oral. La información clínica oral se completará mediante el consentimiento informado por escrito en los casos de:

- Intervención quirúrgica
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores
- Procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Además de la información oral, se podrá facilitar a los pacientes información escrita, que en ningún caso sustituirá la obligación directa del profesional sanitario de facilitar la información clínica de forma directa al paciente.

De todo el proceso de información se dejará constancia escrita en la historia clínica.

INFORMACIÓN CLÍNICA A LOS MENORES DE EDAD Y PERSONAS INCAPACITADAS

Los menores de edad y personas con incapacidad serán informados, en todo caso. La información deberá adecuarse a su nivel de comprensión y se tendrá en cuenta su opinión, aun cuando el consentimiento se preste por representación. Se deberá cumplir con la obligación de informar, además, a los tutores legales.

NEGATIVA A RECIBIR INFORMACIÓN Y NECESIDAD TERAPÉUTICA

Los pacientes tienen derecho a no recibir información clínica sobre su proceso. En este caso la negativa se hará constar en la historia clínica, pudiendo designar a otras personas para recibir esta información.

Excepcionalmente, cuando el conocimiento de su situación pueda perjudicar de manera grave a su salud, el médico asignado podrá actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, debiendo en todo caso facilitar dicha información a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, y dejar constancia en la historia clínica de la necesidad terapéutica existente.



8

Plan de información asistencial

1. INFORMACIÓN PRESENCIAL

La información que se ofrece a pacientes y familiares en los centros, ha evolucionado de forma satisfactoria en los últimos años. Los profesionales hemos entendido el amplio significado y adecuado a cada caso. No obstante, se ha detectado un cierto grado de dispersión en la forma de prestar tal información lo que provoca que en ocasiones no logremos transmitir al paciente y sus familiares la realidad de la situación clínica.

Teniendo en cuenta las características particulares de cada centro, se ha elaborado un Plan INSTITUCIONAL hospitalario para homogeneizar la transmisión de la información clínica, estableciendo unas bases para que cada tipo de centro, atendiendo a sus necesidades, elabore un plan propio, adecuado a sus características estructurales y su cartera de servicios.

La información generalmente será verbal. Sólo será escrita en los supuestos establecidos en la ley. La información versará sobre todos los aspectos que sean importantes para el paciente sobre su proceso y sobre las atenciones sanitarias prestadas.



La información a pacientes y familiares cubre el objetivo fundamental de proteger y promover las decisiones libres, sin que obre coacción sobre los pacientes.

La información a pacientes y familiares cubre el objetivo fundamental de proteger y promover las decisiones libres, sin que obre coacción sobre los pacientes. A partir del respeto al principio de autonomía se derivan las reglas de veracidad, revelación de información y consentimiento informado. En otras ocasiones la información pretende demandar la ayuda del paciente o sus allegados para determinados tratamientos, y, en la mayoría de las ocasiones la información se ofrece por el deber de procurar el bienestar del paciente y actuar en la forma que mejor convenga al mismo.

En aplicación de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre los derechos y deberes de las personas en relación con la salud, se debe revisar la guía con los criterios que se deben seguir en el proceso de información a pacientes y familiares. Deberá incluir todos aquellos aspectos relevantes que contribuyan a mejorar la calidad de la información, como son la existencia de lugares y horarios definidos para informar a los familiares, la información al paciente y la entrega del documento de consentimiento informado (qué, quién, cómo, cuándo, y dónde se debe informar), la señalización del servicio o unidad, el directorio de facultativos y supervisora de planta, la identificación del personal, el material informativo de apoyo, etc.

Esta guía debe servir para la elaboración del Plan de Información de los servicios y para orientar ante problemas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los equipos asistenciales. No solamente los servicios clínicos son los que tienen que informar. Algunos otros, que tienen contacto con los pacientes y/o familiares (Admisión, por ejemplo), deberían contar con planes de información.

La información, con el fin de ayudar a cada persona a tomar decisiones sobre su propia salud, será veraz, razonable y suficiente, y estará referida al diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, y comprenderá la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada intervención. El ritmo y la intensidad de la misma deberán ser acordes a las demandas del paciente.

La información se facilitará en términos comprensibles adecuados a las necesidades de cada persona y con una antelación suficiente para que ésta pueda reflexionar y elegir libremente.

Especial énfasis deberá realizarse en la correcta comprensión de los informes y recomendaciones que se emitan al terminar la actividad asistencial (informes, citas, tratamientos,...).

El personal sanitario deberá entender las quejas, los sentimientos subyacentes, las metas y las expectativas del paciente, y aportar a esta relación el compromiso fundamental de buscar el mayor bienestar hacia el paciente.

Dentro de la información escrita, se le facilitará, si lo solicita el paciente, copia de los datos que figuran en la historia clínica y de las pruebas objetivas.

La vía que consideramos más adecuada es la transmisión directa oral en entrevista personal. La utilización del teléfono y otras vías debe tener el carácter de excepcional y su uso debe estar concretamente establecido en los diversos planes de información.

En los casos en donde se reclame del paciente un consentimiento informado para realizar una intervención o procedimiento, además de la correspondiente información verbal, se deberá obtener su firma en el documento de consentimiento informado habilitado por el hospital, para que así conste en su historia clínica.

Para apoyar correctamente la información clínica, los pacientes y sus familiares deberán conocer con exactitud los lugares y horarios de información, por lo que se recomienda la adecuada rotula-

ción de los mismos. Así mismo consideramos de interés que se suministre a los pacientes, en el momento de su ingreso, un documento informativo donde se les indique este extremo, así como cuantos datos puedan ser relevantes para mejorar la calidad de la información que reciben.

¿A QUIÉN SE INFORMA?

Atendiendo al principio básico de que el paciente es el titular del derecho a la información verbal y escrita, (Art. 5 de la 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 y el Art. 18 de la Ley autonómica 8/2003 de derechos y deberes de las personas en relación con la salud: el paciente) hay que contemplar variaciones y peculiaridades que se dan en la práctica habitual y diaria y que son las que a continuación se enumeran:

1. También pueden ser informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho pero **que el paciente previamente haya autorizado** de manera expresa o tácita.
2. Es recomendable, para procesos largos o de ingreso, el nombramiento de un interlocutor o portavoz de la familia, al que se dará la información.
3. El paciente podrá prohibir la información a cualquier persona, especificación que deberá ser realizada o en su caso revocada por escrito en cualquier momento y firmada.
4. En el caso en que la información solicitada afecte a la intimidad del paciente o contenga datos de índole asistencial y carácter confidencial, será preciso acreditar la identidad del solicitante para poder transmitir la información solicitada”, y reenumerar
5. Toda persona mayor de 16 años o menor emancipada ha de considerarse capacitada, en principio, para recibir información y tomar decisiones acerca de su propia salud.
6. Así mismo, habrán de considerarse capacitados para decidir sobre su salud a los menores que, a criterio del médico responsable de la asistencia, tengan las condiciones de madurez suficientes. Estos tendrán derecho a recibir información sobre su salud y sobre el tratamiento médico al que sean sometidos en un lenguaje adecuado a su edad, madurez y estado psicológico. (Art. 20.4 de la Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León).
6. En los supuestos en que el paciente sea menor de edad o su capacidad se encuentre limitada, se informará también a los padres¹ o tutores legales. En el caso de que estuvieran legalmente separados, se informará a quien acredite tener la patria potestad².

¹ En casos de **interrupción voluntaria del embarazo**, será de aplicación lo establecido en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

² La presentación del documento judicial que haga mención a la patria potestad y asignación de guarda y custodia deberá ser suficiente para acceder a la información asistencial de los menores. **El ejercicio de la patria potestad es determinante para ostentar el ejercicio de la representación legal de los menores y por tanto, para acceder a todos los datos relativos a su salud.** (Art. 162 del Código Civil) determina que los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. En casos de padres separados es la RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE DETERMINA LA SEPARACIÓN la que establece lo relativo a la patria potestad y a la guarda y custodia de los hijos, siendo normalmente compartida la primera, y asignada la segunda a uno de los progenitores, ostentando ambos la representación legal de sus hijos.

7. Aún cuando la capacidad de comprensión se encuentre limitada, ha de garantizarse que la aportación de información y la participación en la toma de decisiones sean las máximas posibles en función de las facultades de la persona.

Los casos subsidiarios de información se extienden, como mínimo, a todas las ocasiones en que se establezca una relación médico-paciente o sanitario-paciente.

Excepciones

1. Debe respetarse la voluntad del paciente cuando éste no desee ser informado, dejando constancia escrita de tal renuncia en la historia clínica. Esta situación podrá ser revocada por escrito en cualquier momento, y el paciente podrá asignar a un familiar u otra persona para recibir la información.
2. Sólo podrá restringirse el derecho a no ser informado cuando sea necesario en interés de la salud del paciente, de terceros, de la colectividad o de las exigencias terapéuticas del caso.
3. Habrá casos en los que por razones objetivas, el conocimiento de su situación por parte de una persona pueda perjudicar de manera grave a su salud. En este caso el médico dispone del “privilegio terapéutico” que le permite graduar la información al paciente o incluso negarle parte de ella, si ésta, en su opinión profesional “lex artis” no se dirige hacia el beneficio del mismo.

El médico deberá, en todo caso, informar a las personas vinculadas al paciente y dejar constancia en la historia clínica de la necesidad terapéutica existente.

¿QUIEN INFORMA?: RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

En Atención Primaria

El médico de familia y la enfermera son los encargados de informar al paciente. La información, con carácter general, será verbal, en el momento de la asistencia.

El resto de profesionales del equipo de Atención Primaria que intervengan en la prestación de asistencia sanitaria informarán a los pacientes en relación con la actividad de su competencia.

En Atención Especializada

Se debe definir cuidadosamente quién dará la información en cada momento del proceso. En un principio, y de manera sistemática, debe asignarse a los pacientes un médico que será su interlocutor principal con el equipo asistencial, y en su caso, una enfermera-o responsable del seguimiento de su plan de cuidados.

En el caso de que la asistencia sea prestada en otro servicio diferente de una planta de hospitalización, (Urgencias, Consultas externas, Hospital de Día...), deben asumir responsabilidad en el proceso de información del paciente todos los profesionales que lo atiendan o le apliquen una técnica o procedimiento concreto, con la especial implicación de la enfermera-o responsable en cuanto a su proceso de cuidados.

En el supuesto de que el paciente ingrese, es imprescindible y se deberá procurar que la asignación del médico y de la enfermera-o responsable del seguimiento tenga lugar en el menor intervalo de tiempo posible tras el ingreso.

En caso de ausencia de los profesionales asignados, los profesionales responsables en ese momento, asumirán el trabajo de aquéllos.

PERIODICIDAD DE LA INFORMACIÓN

En Atención Primaria

La información es permanente y continuada, y en relación con su proceso asistencial. Además, se informará de cualquier duda o demanda que plantee el propio paciente.

En Atención Especializada

Dado que las prestaciones del hospital son múltiples, también serán múltiples las ocasiones en que se deberá dar información clínica a los pacientes y familiares. En general, podría recomendarse que tras cada procedimiento diagnóstico o terapéutico deberá establecerse un horario y espacio para la información sobre el mismo. En los casos de pacientes ingresados este horario y espacio se establecerá con una periodicidad mínima de una vez al día, exceptuando fines de semana y festivos, en los que se proporcionará información en caso de cambios o variaciones importantes en el estado de salud.

Así mismo será deseable que los teléfonos de los familiares o lugares donde se les pueda localizar formen parte de la rutina de los registros escritos de los pacientes.

PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Este método de información tiene como objetivo mejorar la calidad de la información que se proporciona a pacientes y familiares.

Debido a la gran diversidad de situaciones, funcionamiento, actividades de cada servicio y unidad, es necesario que sean cada uno de ellos los que establezcan los espacios, horarios y medios de comunicación que estimen necesarios para cumplir con lo que se especifica en éste, con especial cuidado en los aspectos de confidencialidad y privacidad, para respetar la dignidad y derecho a la singularidad de cada paciente. Con este fin deberán de habilitarse espacios destinados a dar información al paciente.

A continuación se describen de manera muy general las actividades mínimas que se deberán respetar y cumplir por cada servicio y unidad:

Actividades y metodología de la información clínica por área

En Atención Primaria

La información se da en el momento de la asistencia en consulta, programada, a demanda o en atención domiciliaria.

En Atención Especializada

a) Área de Consultas Externas

Todos los pacientes atendidos en Consulta Externa recibirán una hoja informativa que les informa sobre los responsables de suministrarles la información, el tipo de información facilitada y lugares donde se transmitirá dicha información. Las hojas de información se encontrarán de forma accesible y libre para los pacientes en las salas de espera. El personal auxiliar de la consulta revisará la existencia de un número suficiente de estas hojas y anotará en ellas el nombre del médico que pasa la consulta.

Los pacientes atendidos en consultas externas serán informados de forma directa por el **médico responsable** de la atención clínica. Esta información personalizada estará dictada por las normas al uso de búsqueda del beneficio del paciente, respeto a su capacidad de decisión y confidencialidad. En cada consulta el médico informará al paciente de la evolución y situación de su enfermedad y de lo que considere necesario para el mayor beneficio del paciente. Si el paciente ha de ser intervenido quirúrgicamente o ha de realizarse alguna exploración complementaria que precisa consentimiento informado escrito, éste sólo podrá otorgarse tras una completa información verbal al paciente por parte del médico responsable, donde se aclararán cuantas dudas tenga y podrá optar por las alternativas que se le presenten.

Será imprescindible la información y firma del documento por el médico y el paciente o representante legal, para su inclusión en la correspondiente Lista de Espera Quirúrgica. El Documento de Consentimiento Informado Específico deberá constar en el historial clínico del paciente de forma obligatoria.

La **enfermera o técnico en cuidados** de la consulta conocerá con suficiente garantía los procedimientos de citación de la consulta, así como los de solicitud de pruebas de cualquier tipo. Se responsabilizará de informar a los pacientes de todos los trámites que hubieran de realizarse para completar la atención de la consulta.

Especial atención se prestará a la orientación del paciente para solicitar pruebas complementarias. Para ello, el personal sanitario de la consulta dirigirá e informará al paciente de la localización y trámites necesarios para realizar las mismas. Así mismo mantendrá adecuadamente informados a los pacientes de las fechas, lugares y horarios de nuevas revisiones en esta u otras consultas.

Tras concluir la atención en la consulta se emitirá un informe para el paciente y el médico de familia que haga constar el motivo de la consulta, los procedimientos realizados, el diagnóstico y el tratamiento recomendado. Se emitirán las correspondientes recetas oficiales de medicamentos cuando sea preciso.

b) Otras Áreas de Atención Ambulatoria

Los pacientes atendidos en otras áreas de atención ambulatoria **Hospital de Día, Rehabilitación** recibirán una hoja informativa sobre el funcionamiento del área. En ésta se explicará de forma suficiente todos los detalles del funcionamiento y concretamente dónde y cómo serán informados de los resultados de la atención prestada, informes que se les deben entregar, instrucciones para la continuidad de los cuidados, otras citas, etc.

Tras concluir el periodo asistencial en esta área recibirán un informe sobre la actividad asistencial prestada. En dicho informe se expondrá de manera clara dónde, a qué horas y en que números de teléfono puede acudir si ocurriese alguna variación reseñable del curso clínico.

c) Hospitalización:

A todo paciente que ingrese en planta se le entregará el Manual de acogida.

Si el ingreso se produce desde Urgencias, en Admisión de Urgencias se le facilitará dicho documento.

Si el ingreso es programado, se le hará entrega del documento en Admisión o en los centros donde tengan servicio de Acogida de pacientes, se le hará entrega al ser acompañado por el personal de acogida.

Posteriormente, una vez en la planta, el personal de Enfermería de la planta realizará la acogida del paciente, debiendo quedar registrado en la historia clínica que así se ha hecho.

Recibirá por parte de la supervisora/responsable en ese momento del ingreso, una hoja informativa que especificará el lugar y horaria de información clínica directa a familiares, **si el paciente no se manifiesta contrario** a que se le proporcione esa información, se le recordará no obstante que si el proceso se complica y no puede decidir por sí mismo, que tendrá que designar a alguien para tal fin. Asimismo, en el momento del ingreso, si el paciente lo considera oportuno y su situación lo permite, designará a la persona, familiar o allegado, representantes de él mismo, con el fin de que sean esas personas a las únicas que el paciente autoriza a recibir información de la evolución de su estado y evitar así los inconvenientes de no ajustarse a la normativa legal al efecto.

Se le facilitará el nombre del médico responsable de su asistencia, el nombre del jefe del servicio y de la supervisora de la unidad, así como los horarios y formas de acceso a ellos.

En esta misma nota se especificará dónde y cómo se recibirá información de las pruebas complementarias e intervenciones practicadas e incidencias de relevancia clínica que puedan desarrollarse, entrega del informe de alta y se les explicarán los datos para el control y seguimiento de su proceso (Ver Anexo 1). Se comprobará periódicamente por parte de la supervisora la existencia de número suficiente de estos documentos.

La información médica se dirigirá al paciente en todo caso, y se modulará de acuerdo a sus características. La información al paciente podrá darse de forma directa por el médico responsable, siempre que se respete su intimidad, capacidad de entendimiento y confidencialidad de la misma. Esta acción no exime de la información diaria a los representantes nombrados por el paciente, salvo que exista orden expresa de limitación por parte del mismo.

La información no se debe proporcionar en los pasillos. En la planta de hospitalización se utilizará de modo preferente una sala habilitada a tal fin. El espacio de información debiera tener una rotulación clara que indique “Despacho de información clínica” o “Información Clínica”, con los formatos que determine el hospital, pero, en todo caso, con la suficiente claridad. Este despacho/sala tendrá una dotación mínima que permita la información con comodidad y privacidad.

La información será dada preferentemente por el médico responsable del paciente, y en su ausencia por otro facultativo del equipo que asumirá la responsabilidad. En esta información se aprovechará para comentar los detalles de la evolución del paciente, solicitar alguna colaboración de la familia o la autorización escrita o verbal para realizar determinados procedimientos. Así mismo se dará detalles precisos de intervenciones o pruebas realizadas, y en el caso de alta se asegurará el perfecto conocimiento de los detalles de la misma (sobre todo los relativos a terapia, revisio-

nes,...). Los datos relativos a otros servicios o unidades serán comentados si tienen una influencia muy directa en la situación o evolución del paciente. Existe la posibilidad de no informar de determinados detalles que el “estado del arte” nos hace valorar como poco recomendables para el bienestar del paciente en ese momento.

El horario de información será el decidido por cada servicio debiendo acudir únicamente los representantes del paciente, para evitar dificultades innecesarias. La información será diaria de lunes a viernes. Los sábados, domingos y festivos se proporcionará información de urgencias (pacientes ingresados ese día o el día inmediato anterior, pacientes con situación clínica inestable o variaciones importantes en la situación clínica inestable o variaciones importantes en la situación clínica del paciente).

Si durante el transcurso del día ocurriera una modificación importante en la situación clínica del paciente, el médico de guardia informará a los familiares de la misma. Esta información se dará al familiar acompañante, si lo hubiera, o se llamará a los teléfonos proporcionados por la familia/paciente para este fin. En las situaciones de urgencia, en donde el familiar reclame información, ésta deberá ser vehiculizada por el personal de enfermería de la planta que avisará al médico responsable o de guardia. La información, en todo caso, se ofrecerá en la misma sala que la información diaria.

Dada la necesidad de mantener la confidencialidad de los datos clínicos del paciente, no se proporcionará de ninguna manera, información telefónica alguna sobre la situación del paciente. Cualquier situación especial que modifique esta norma deberá ser consensuada previamente y valorada por el enfermo y el médico responsable.

Si se practica una intervención quirúrgica o se realiza alguna prueba de especial relevancia, los representantes serán informados de forma inmediata al acabar la prueba en la sala o lugar de espera adyacente a donde se hubiera realizado la intervención. Esta información será concreta y destinada a informar de la situación específica de la intervención. La información más detallada se dará en la sala de información del servicio en el horario habitual. Si los hallazgos operatorios o resultados de la prueba impusieran una modificación importante de la evolución o pronóstico del paciente, esta información se dará de forma inmediata en la sala de información disponible, donde los representantes serán citados por los medios de aviso habituales (celadores, teléfonos).

Si se suspendiera la prueba o intervención, el paciente y representantes serán inmediatamente informados de tal extremo, se les informará de las causas justificadas que motivan la suspensión y de la fecha de realización probable de la misma. Esta última información será responsabilidad del facultativo que suspenda la intervención.

ANEXO 1. Información para Pacientes y Familiares

Estimado Sr./Sra.: Está siendo atendido en el área de Hospitalización del servicio de.....

Su médico es el Dr./a.....

Con esta nota pretendemos facilitarle la ayuda necesaria para que conozca mejor el funcionamiento de esta unidad en lo que respecta a la información que le proporcionaremos.

Debe conocer que la información clínica se proporcionará a los pacientes de forma directa y adecuada a su situación clínica. Con objeto de preservar su intimidad y atendiendo a la confidencialidad a la que estamos obligados en lo referente a su enfermedad deberá indicarnos sus deseos:

- ☐ Única y exclusivamente se me informará a mí.
- ☐ Se me informará a mí y los familiares u otras personas por mi designada.
- ☐ No deseo ser directamente informado y la información se dará a quien yo designe, excepto si el médico responsable de mi estudio y tratamiento considera necesario que yo sea informado en orden a poder tomar decisiones trascendentes.

Nombre	Parentesco	No pariente

Personas designados para recibir información sobre mi enfermedad:

La información se dará diariamente al término de la visita clínica.

El horario de visita clínica de los médicos del servicio de queda abajo expresado. Su médico le visitará diariamente excepto los días que libre en el trabajo. Debe entenderse que este horario está sujeto a los cambios lógicos e ineludibles motivados por la asistencia al resto de los pacientes, su número, complejidad y gravedad; y a

Su médico	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

las demandas globales institucionales a las que estamos obligados.

Si durante el resto del día ocurriera una modificación importante de la situación clínica, se informará al acompañante del paciente. Si no se encontrara presente se avisará a los teléfonos que ustedes nos proporcionen. Si, por el contrario, es usted el que desea hablar con el médico fuera del horario marcado, deberá solicitarlo en el control de enfermería, pero debe usted saber que el médico de guardia solo atenderá casos urgentes, y que el criterio del mismo prevalecerá sobre su solicitud.

Se les solicitará, a instancias del personal sanitario, todo tipo de autorizaciones y consentimientos para realizar las intervenciones o pruebas precisas.

La información clínica les será proporcionada por un miembro cualificado del equipo asistencial. No obstante, si usted desea acudir al responsable del servicio o al supervisor de enfermería debe saber que sus nombres son:

Dr/a....., y que accederán a través de su solicitud a la secretaria de planta, quien le comunicará el día, lugar y hora para ello.

La supervisora de la planta. Sra..... estará a su disposición de la misma forma antes anunciada.

Durante los sábados, domingos y festivos, en donde sólo permanece el personal médico de guardia, no se proporcionará información clínica sistemática, salvo que ocurra una modificación importante en la evolución clínica.

La información telefónica está muy restringida por motivos de confidencialidad. Sólo en situaciones especiales y de acuerdo a la situación del paciente podrá darse este tipo de información.

Les recordamos la necesidad de que lean y sigan atentamente las indicaciones del Manual de acogida así como las recibidas del personal de la planta. Ellos sólo desean lo mejor para el paciente y para sus acompañantes.

.....

Fecha y Firma del paciente

d) Urgencias

El servicio de Urgencias es en muchas ocasiones el primer contacto del ciudadano con el Sistema Público de Salud de Castilla y León. Esto significa, que la percepción sobre su funcionamiento y la valoración subjetiva que hará sobre instalaciones, calidad asistencial y humanización de la asistencia recibida, será el punto de partida en la relación futura y en las expectativas del usuario con el sistema.

Los pacientes atendidos en el área de urgencias y sus familiares serán informados tras la valoración inicial, triaje, en caso de que acontezcan incidencias importantes y en el momento de su alta o ingreso en planta, cumpliendo dicha información las mismas características ya reseñadas. El lugar de información será una sala habilitada a tal fin para preservar la confidencialidad y privacidad, y se avisará por los medios disponibles en esta área (celadores, teléfono).

Existe un Proyecto de mejora de la información de Urgencias que propone, además de facilitar la información estrictamente asistencial, facilitar las referencias sobre los aspectos no asistenciales:

INFORMADOR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Estas expectativas se traducen en diferentes actividades que se deberían llevar a cabo desde que un paciente acude al Servicio de Urgencias hasta que lo abandona:

- 1) Acogida a su llegada al Servicio de Urgencias
- 2) Información sobre prioridad señalada después de su clasificación triaje y lo que conlleva
- 3) Tiempos de espera en cada fase del proceso
- 4) Información de las actuaciones que se llevarán a cabo con el paciente durante su estancia

Estas actividades servirán de apoyo a la información facilitada por los profesionales sanitarios, evitando interrupciones innecesarias en el desempeño de su trabajo y evitando situaciones críticas, debidas, en parte, a la posible ansiedad del momento que viven los pacientes o personas allegadas a ellos y que en ocasiones abocan en problemas innecesarios.

La figura del informador, pretende por tanto:

1. Significar un apoyo para el personal asistencial y una ayuda para el usuario y sus familiares, suponiendo un punto de contacto ágil y eficaz que ayude a unos en el desempeño de sus funciones y que satisfaga y clarifique las expectativas de los otros.
2. Favorecer las relaciones humanas con nuestros usuarios como valor añadido a la asistencia fomentando la confianza y respeto en nuestros profesionales y a la organización en general.
3. Mejorar el proceso de información incrementando la sensación de calidad percibida por pacientes y acompañantes.

Los informadores se ubican en el **Punto de información**, localizado en un lugar adecuado visible y fácilmente localizable, y a su vez manteniendo las condiciones de accesibilidad y confidencialidad de las que no debemos prescindir en ningún caso. Estos puntos dispondrán de mobiliario ade-

cuado, documentación necesaria para el desempeño de su trabajo, así como folletos informativos, guías, catálogos, etc, terminal con capacidad suficiente para garantizar el correcto y ágil funcionamiento de todas las aplicaciones necesarias para la información que se necesita transmitir con acceso a las bases de datos del Hospital, correo electrónico, Internet, etc.

El estamento profesional al que deben pertenecer los informadores depende de la consideración o disponibilidad de cada hospital, con la conveniente formación para el puesto, la jornada laboral y su cobertura debe plantearse de lunes a domingo en horario desde las 9 h. a las 23 h. en turno de mañana y tarde, en jornada de 7 horas diarias y 35 horas semanales.

2. INFORMACIÓN CLÍNICA ESCRITA

DOCUMENTOS Y OTRO MATERIAL DE APOYO

a) Informes clínicos

Toda actividad clínica genera un documento que recoge el resultado obtenido de dicha actividad.

Informes de alta, de pruebas diagnósticas, historia clínica, etc, por su importancia y trascendencia a la hora de valorar, tiene una legislación muy concreta y exclusiva en lo concerniente a la confidencialidad e intimidad.

En el apartado siguiente se describe el procedimiento de acceso a esta información por parte de los pacientes o allegados, fuera aparte de la obligación del personal sanitario de facilitar dichos informes tras cada acto médico.

b) Documentos de consentimiento informado

La información del médico al paciente debe ser un proceso básicamente verbal. Esta información oral, la primordial, debemos de plasmarla en un documento por escrito que recoja también el consentimiento del paciente.

El objetivo de este documento es garantizar que el paciente reconoce la información y que está de acuerdo en realizar la intervención o el tratamiento propuesto.

El documento no es la información en sí, sino la garantía de que ésta se ha producido.

El médico responsable deberá recabar el consentimiento informado por escrito del paciente o de quien deba sustituir su decisión, antes de realizar intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, procedimientos sanitarios que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente o del feto, si fuera el caso de una mujer embarazada.

Si la persona renuncia a ser informada, se recogerá igualmente el consentimiento por escrito, dejando constancia de su renuncia a la información.

Cuando no sea posible el consentimiento previo por escrito (casos urgentes y casos en los que no exista elaborado un documento de consentimiento informado específico), se recogerá de forma oral

ante al menos dos testigos independientes, que lo declararán por escrito y bajo su responsabilidad.

El consentimiento otorgado podrá revocarse en cualquier momento sin necesidad de expresión de la causa, debiendo constar por escrito.

Contenido del documento de consentimiento informado

El documento de consentimiento informado deberá ser específico para cada supuesto y como mínimo debe contener:

- Identificación del centro, servicio o establecimiento.
- Identificación del médico.
- Identificación del paciente, o en su caso, del representante legal, familiar o persona que presta el consentimiento.
- Identificación y descripción del procedimiento, finalidad, naturaleza, alternativas, contraindicaciones, consecuencias, riesgos relacionados con las circunstancias personales del paciente y riesgos probables en condiciones normales.
- Declaración de quien presta el consentimiento de que ha comprendido adecuadamente la información.
- Consentimiento prestado por el paciente o, en su caso, del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho.
- Lugar y fecha.
- Firmas del médico y de la persona que presta el consentimiento.

c) Otros documentos y material de apoyo a la información

Planes de Información de los servicios, son necesarios en todos los servicios que precisan informar a pacientes y familiares, teniendo en cuenta las necesidades de aquéllos a quien va dirigida. Englobará las características y actividades desarrolladas por el servicio: consultas externas, hospitalización, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas.

Debe abarcar todos los aspectos recogidos en este apartado de Información Clínica

Para su difusión, se empleará una hoja informativa elaborada por el propio servicio, y su colocación en forma de carteles informativos en lugares visibles de las plantas de hospitalización, consultas externas y servicio de Urgencias.

Identificación del personal, se ha percibido una demanda por parte de los pacientes y familiares a que los trabajadores del hospital estemos identificados.

Es necesario utilizar sistemas de identificación personal (adhesivos preferentemente, tarjetas) con el nombre, estamento y servicio del trabajador.

Programa de Acogida, se aplicará por el personal de Enfermería a la llegada del paciente a planta de hospitalización. Quedará registrado en la historia clínica del paciente que el programa se ha aplicado para una futura evaluación.

Manual de acogida, será entregado al paciente o familiares en Admisión de Urgencias, tanto en ingresos programados como urgentes. Aporta información general útil, como directorios, horarios de visitas, comidas, servicio de préstamo de libros, servicio de Atención al Paciente, servicios religiosos, transporte, etc. Incluye los Derechos y Deberes del paciente, los ejemplares estarán disponibles en el vestíbulo principal, en la sala de espera de Urgencias y en consultas externas.

ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

El acceso a la documentación clínica es un derecho de los usuarios.

Esto supone una serie de actuaciones que recaen fundamentalmente en los servicios de Atención al Usuario, (SAU en adelante). En Atención Primaria existe un protocolo de gestión de Historia Clínica que regula el acceso a la historia clínica. En Atención Especializada dichas actuaciones están homogenizadas en un único protocolo que sirve de base a todos los SAU y a partir de éste se actualiza o mejora cuando las circunstancias de cada centro lo requieren.

La historia clínica constituye un instrumento básico y fundamental en la asistencia sanitaria e incorpora una serie de documentos y datos de carácter personal que afecta a la intimidad individual de las personas. Por este motivo, se encuentra protegida en el ámbito jurisdiccional por la normativa estatal y autonómica en materia sanitaria.

Legislación:

- **La Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica los datos relativos a la salud como especialmente protegidos, quedando por tanto sujetos a lo que en ella se expone.
- **La Ley básica 41/2002**, de 14 de diciembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece diferentes aspectos como el contenido, uso, conservación, acceso y custodia de la historia clínica.
- En la Comunidad Autónoma, la **Ley 8/2003**, de 8 de abril, sobre Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud, establece en su artículo 39 que la Junta de Castilla y León regulará, entre otros asuntos, el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso, así como la posibilidad de los usuarios al ejercicio de este derecho dentro de la normativa aplicable.
- El **Decreto 101/2005**, de 22 de diciembre, por el que se regula el desarrollo normativo de la historia clínica para todos los centros, servicios y establecimientos en el ámbito de Castilla y León. En el capítulo III se desarrolla el **Procedimiento de acceso a la Historia Clínica** y concretamente en su **artículo 14**, describe el acceso por el paciente o usuario, cómo debe efectuarse y los requisitos que se deberán cumplir para ejercer este derecho, también cabe mencionar los artículos 15, 16 y 17 que recogen el acceso a la historia clínica en otras situaciones.
- La aprobación por ORDEN **SAN/559/2007**, de 26 de marzo, del *“Plan de Garantía de los Derechos de las personas en relación con la salud”*, establece en su línea estratégica 4, la pro-

tección de los derechos relativos a la documentación sanitaria, dirigidos a facilitar la asistencia sanitaria y a garantizar el derecho de acceso a la documentación por el propio paciente o sus representantes, para lo que considerando el derecho a la intimidad y confidencialidad, se recogen una de serie requisitos para ejercerlo dentro de la normativa aplicable.

La historia clínica, es por tanto, un elemento imprescindible para el control y gestión de los servicios en las instituciones sanitarias. Por otra parte, la creciente demanda de los ciudadanos para acceder a esta información, requiere una respuesta adecuada por parte de los centros responsables de la custodia de esta documentación, garantizando:

- **El derecho de acceso de los usuarios.** Ya sea el propio paciente o su representante.
- **La confidencialidad de los datos y el respeto a la privacidad.** Los profesionales sanitarios sólo podrán acceder a la información clínica de un paciente por motivos de asistencia sanitaria, cualquier otro motivo debe tener un carácter excepcional y restringido, estar convenientemente motivado y responder a un interés legítimo susceptible de protección, por lo que los centros deberán velar para que este uso sea el estrictamente necesario con el compromiso de mantener el carácter reservado de su contenido y permitiendo su consulta a los sujetos recogidos por ley.
- **La agilidad en la tramitación, y entrega de la documentación clínica solicitada,** para lo cual, se establece un criterio unificado, en la medida que lo permitan las particularidades de cada hospital, mediante el presente documento.

DEFINICIÓN

El proceso de acceso a la documentación clínica, pretende facilitar a los pacientes o sus representantes, el acceso a su historia clínica, habiendo desarrollado para ello un protocolo ágil y unificado, que garantice este derecho de la misma manera y plazo a todos los usuarios de Atención Primaria y Atención Especializada en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud.

En Atención Especializada este proceso se inicia en el momento en que un usuario contacta con el SAU de un Hospital / Complejo Asistencial, para solicitar su documentación clínica o la de un paciente, al que él representa, pudiendo ser esta documentación clínica:

- copia o préstamo de informes clínicos concretos
- copia de la historia clínica completa
- copia de imágenes radiológicas, en formato papel o informático

Este proceso lleva consigo numerosas actuaciones, hasta que el paciente o persona autorizada recoge o devuelve su documentación, siendo el SAU el responsable de realizar adecuadamente las actuaciones derivadas de este proceso en tiempo y forma.

ACTUACIONES

■ 1. Acogida del paciente en el Servicio de Atención al Usuario

En este momento se entrega y explica al usuario el “modelo oficial de solicitud”, y cómo se realiza el trámite.

Dicho documento ha sido diseñado y consensuado en la Dirección Técnica de Atención Especializada por el grupo de trabajo reunido para el desarrollo del proceso de acceso a la documentación clínica. (Anexo 2)

■ 2. Entrevista y recepción de la solicitud de documentación

La **entrevista** es un momento trascendental para continuar con este proceso, y de ella depende que concluya de forma satisfactoria.

Además de *comprobar la identidad del solicitante*, teniendo en cuenta las distintas situaciones legales que más adelante se describirán, es **imprescindible determinar la información que interesa al usuario**, dependiendo del uso que se vaya a dar a esa documentación, valorando la petición y especificando los documentos que necesita, así como la forma de entrega o envío de la documentación clínica.

También es conveniente determinar en este momento si la documentación va a ser recogida por el solicitante o enviada por correo. Tal y como refleja la norma, Decreto 101/2005, “*con el fin de garantizar la confidencialidad de la historia clínica, cuando se pretenda obtener copia de la misma, deberá efectuarse de forma presencial, bien la solicitud o la retirada, y previa identificación del paciente o su representante. En el primer caso, en la solicitud deberá especificar la forma en la que desea se le entregue la documentación*”.

Por otra parte, también es oportuno informar en este momento, al usuario que según establece el Decreto 101/2005, “*salvo que acredite causa que lo justifique, el paciente o usuario no podrá acceder a los mismos datos hasta que no hayan transcurrido doce meses desde el acceso anterior*”

El usuario generalmente solicita 3 tipos de documentación:

1. **Fotocopia íntegra de la historia**, exceptuando los datos aportados por terceros y las anotaciones subjetivas de los profesionales, según contempla la ley.
2. **Fotocopia de informes o resultados de pruebas** de un proceso específico que contenga la historia clínica, así como las imágenes radiológicas.
3. **Informe clínico** de un proceso específico que todavía no está finalizado y por tanto no consta en la historia clínica.

Se *recomienda* adoptar como documento oficial el modelo de **solicitud de documentación clínica** (Anexo 2), ya que es el resultado de la unificación de los impresos de solicitud de documentación que circulan actualmente en los centros de Atención Especializada, para ello cada Complejo Asistencial / Hospital deberá establecer el circuito necesario para adoptar dicho documento como propio, contando con la aprobación de la Comisión de Historias Clínicas, Comisión Central de Garantía de Calidad, etc...

El documento debe de ser autocopiativo (3 copias), de las cuales:

- Una se entregará al paciente.
- Otra quedará archivada en el SAU.
- La tercera se remitirá al Archivo de Historias Clínicas, para continuar con el proceso de localización de documentación.

No obstante, en la medida que lo permita el nivel de informatización del centro, esta solicitud de documentación se hará en formato electrónico, y una vez verificada, se deberán imprimir dos copias, que firmará el usuario, y sellará el SAU, una se entregará al paciente y otra se archivará en este servicio para dar curso al trámite.

Datos que deberá recoger la solicitud de documentación:

ANEXO 2

LOGO HOSPITAL



Gerencia Regional de Salud

Nº de Historia clínica.....

Nº de registro.....

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**USUARIO/PACIENTE**

NOMBRE Y APELLIDOS.....

D.N.I..... TELÉFONO.....

DOMICILIO..... C.P.....

LOCALIDAD..... PROVINCIA.....

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y APELLIDOS.....

D.N.I..... TELÉFONO.....

DOMICILIO..... C.P.....

LOCALIDAD..... PROVINCIA.....

NOTA: Es **imprescindible** la presentación del DNI o documento de identidad y en su caso, el documento que acredite que es el representante legal del paciente.

DOCUMENTACIÓN SOLICITADARecoger en el SAU ☐Enviar por correo ☐

INFORME CLÍNICO

PRUEBAS REALIZADAS

OTRO TIPO DE DOCUMENTO

MOTIVO DE LA SOLICITUD.....

De conformidad con lo previsto en el Decreto 101/2005 de 22 de diciembre, por el que se regula el acceso a la historia clínica. SOLICITO el acceso a su contenido en los términos indicados.

En.....a.....de.....de 20

FIRMADO:**DOCUMENTACIÓN PRESTADA**

	FECHA

EL SOLICITANTE SE COMPROMETE A DEVOLVER LOS ORIGINALES EN UN PLAZO MÁXIMO DE.....DÍAS.

RECIBÍ (FECHA Y FIRMA)

DEVOLUCIÓN (FECHA Y FIRMA)



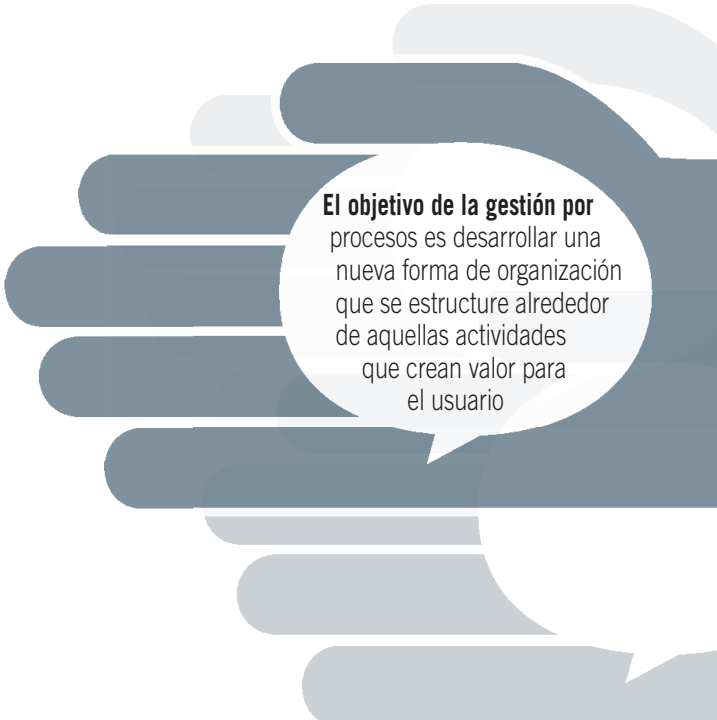
9

Calidad: evaluación del plan

La gestión de calidad constituye una nueva orientación en el funcionamiento de las organizaciones, que está impulsando su mejora y consolidando su progreso.

El Modelo EFQM, adoptado por nuestra Administración, es un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo. La utilización sistemática y periódica del Modelo EFQM por parte del equipo responsable, permite a éste el establecimiento de planes de mejora basados en hechos objetivos y la consecución de una visión común sobre las metas a alcanzar y las herramientas a utilizar.

Una de las herramientas utilizadas por el modelo es la gestión por procesos. En la práctica es bastante difícil que las tareas comiencen y terminen en un único departamento. El objetivo de la gestión por procesos es pues, desarrollar una nueva forma de organización que se estructure alrededor de aquellas actividades que crean valor para su cliente, en este caso el usuario, con independencia de si pertenecen o no a una misma área funcional.



El objetivo de la gestión por procesos es desarrollar una nueva forma de organización que se estructure alrededor de aquellas actividades que crean valor para el usuario

El plan de información asistencial al usuario, cumple todos los requisitos arriba especificados, por lo que para llevar a cabo el proceso completo y proceder posteriormente a evaluar sus resultados, se considera necesario elaborar en cada centro su propio Mapa del Proceso de la información asistencial integral que se dará, englobando todos los procesos diseñados previamente: proceso global de la organización para transmitir la información, procesos de la gestión de la información, procesos operativos, procesos de apoyo para cada tipo de información, procesos clave.

El modelo EFQM mide los resultados de la aplicación del plan en la organización, a través de la autoevaluación que hace que la organización valore y reexamine el enfoque y su despliegue en términos de medición, aprendizaje y mejora.

Para ello, una vez completadas todas las tareas y procedido a su implantación, se realizará una autoevaluación, a través de los cuestionarios diseñados por el modelo al efecto.

CRONOGRAMA

1. Diseño de los procesos: fichas de procesos y representación gráfica.
2. Diseño Mapa del Proceso y su representación gráfica.
3. Implantación.
4. Evaluación interna.
5. Satisfacción clientes.



