

GUÍA DE CONFIDENCIALIDAD

Anteproyecto Elaborado por los SAIC y los SAU del sistema sanitario

ÍNDICE

1.-Introducción.....	3
2.-Objetivo	4
3.-Principios básicos.....	4
4.-Consideraciones Generales.....	4
4.1.- <i>Derecho a la información sanitaria</i>	5
4.2.- <i>Derecho de acceso a la documentación de la historia clínica</i>	5
5.-Procedimientos.....	6
5.1. <i>Confidencialidad e Información Sanitaria</i>	6
5.1.1. Información asistencial	6
5.1.2. Información epidemiológica	6
5.1.3. Información previa al consentimiento informado	6
5.1.4. Renuncia a recibir información	7
5.1.5. Información de calidad.....	7
5.1.6. Información sobre el Sistema Nacional de Salud	7
5.1.7. Información para elegir médico y centro.....	7
5.1.8. Registro y acceso a la información de la Historia Clínica	8
5.1.9. Información de alta	8
5.1.10. Certificación de la información sobre el estado de salud	9
5.1.11. Recomendaciones sobre confidencialidad e información sanitaria.....	8
5.2. <i>Confidencialidad e Intimidad</i>	9
5.2.1. Intimidad física e imagen	9
5.2.2. Datos genéticos	9
5.2.3. Información a los profesionales y compromiso de confidencialidad	10
5.2.4. Circulación de Documentación Clínica.....	10
5.2.5. Espacios Físicos.....	10
5.2.6. Seguridad	11
5.2.7. Recomendaciones.....	11
5.3 <i>Confidencialidad e Historia Clínica</i>	11
5.3.1. Contenido de la Historia Clínica	11
5.3.2. Archivo de la Historia Clínica.....	12
5.3.3. Usos de la Historia Clínica	12
5.3.4. Conservación de la Historia Clínica.....	12
5.3.5. Acceso a la Historia Clínica para uso no asistencial.....	12
5.3.6. Recomendaciones al acceso de la Historia Clínica	18
5.3.7. Custodia de la documentación clínica	19
5.3.8. Recomendaciones a la custodia de la documentación clínica.....	20
6.-Bibliografía	20
7.-Grupo de Trabajo	22
Anexos.....	26
Diagrama de flujo	28

1.- INTRODUCCIÓN

El término confidencia significa, según la Real Academia Española, revelación secreta, noticia reservada y también confianza estrecha e íntima. De esta palabra derivan confidencialidad como “cualidad de confidencial” y confidente como “fiel, seguro, de confianza y persona a quien otra fía sus secretos”.

La **Intimidad** es un valor ético y jurídico amparado por la ley, que comprende aquella zona reservada de una persona, cuyo allanamiento sólo puede justificarse por derechos superiores de otros o el bien común, como en el caso de salud pública.

La **Confidencialidad** podría definirse como el derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto.

En el marco de la atención sanitaria actual la confidencialidad no ha recibido hasta el momento la atención debida. La presente Guía de Confidencialidad pretende reconocer la importancia del citado derecho y convertirlo en un compromiso prioritario en nuestro sistema sanitario.

En la confidencialidad existen dos conceptos muy relevantes:

- **Confidente necesario:** todo aquel que queda justificado para conocer datos confidenciales de un paciente o usuario por ser su colaboración necesaria para asegurar la atención sanitaria.
- **Datos de carácter personal:** cualquier información concerniente a personas identificadas o identificables.

Desde los tiempos más antiguos se ha considerado que los profesionales de la salud tienen la obligación ética de mantener el secreto de todo aquello que conocen en el ejercicio de su profesión (Juramento Hipocrático). Con esta confianza el paciente se acerca a los profesionales sanitarios, que han desarrollado códigos deontológicos dentro de sus profesiones.

Desde el punto de vista jurídico existe el **secreto profesional**, que nace de una promesa tácitamente formulada al conocer los profesionales de la salud una serie de informaciones confidenciales del paciente mediante el ejercicio de su profesión. Se apoya en una serie de principios jurídicos que regulan el secreto de acuerdo con distintas normativas: internacionales, comunitarias, nacionales y autonómicas.

El incumplimiento del secreto se considera un delito duramente castigado por la ley, si bien no constituye una obligación absoluta, pudiendo revelarse información confidencial cuando existan razones fundadas para ello.

En el marco ético de la relación sanitario-paciente destacan dentro de la confidencialidad el respeto a la autonomía personal, el pacto implícito en la relación clínica y la confianza social en la reserva de las profesiones sanitarias.

Con la entrada en vigor en nuestro país 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, se recuerda el derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos sanitarios, datos que afectan de lleno a la esfera más personal e íntima de la persona.

El origen más inmediato de la presente Guía de Confidencialidad reside, por un lado, en las “Recomendaciones sobre confidencialidad en el Servicio de Salud del Principado de Asturias”, presentadas en julio de 2005 por un Grupo de Trabajo SESPA de confidencialidad, y, por otro lado, en la “Guía de Confidencialidad” elaborada en la Gerencia del Área Sanitaria V de Atención Primaria (Gijón) y presentada en diciembre de 2006.

2.- OBJETIVO

Poner a disposición de los profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias una Guía de Confidencialidad que contenga los procedimientos concretos para facilitar el ejercicio de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

3.- PRINCIPIOS BÁSICOS

1. La confidencialidad es un valor ético y jurídico de la sociedad.
2. El titular del derecho a la información es el paciente.
3. La comunicación entre profesional y paciente, y la comunicación entre profesionales, es siempre reservada.
4. Los datos existentes en las historias clínicas son confidenciales.
5. Los documentos que contengan información clínica son confidenciales.
6. La custodia de la documentación ha de ser segura.
7. El acceso a la información está restringido (requiere previa autorización).
8. Siempre que sea posible hay que separar los datos de identificación personal de los datos clínicos.
9. El deber de secreto perdura en el tiempo (incluso después de finalizada la actividad y la vinculación profesional).
10. Constituye un objetivo estratégico del Servicio de Salud que la utilización del registro informático sea el soporte prioritario de la documentación clínica.

4.- CONSIDERACIONES GENERALES

A efectos prácticos, es importante distinguir entre el derecho a la información y el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica.

4.1. Derecho a la información sanitaria

Los SAIC y los SAU informarán y orientarán al ciudadano sobre la forma de ejercer sus Derechos y Deberes en su relación con el Servicio de Salud del Principado de Asturias y en concreto con los derechos relacionados con la información sanitaria:

- 1.-Derecho a la información asistencial
- 2.-Derecho a la información epidemiológica
- 3.-Derecho a la información previa al consentimiento informado
- 4.-Derecho de renuncia a recibir información
- 5.-Derecho a una información de calidad
- 6.-Derecho a la información sobre el sistema sanitario
- 7.-Derecho a la información para elegir médico y centro sanitario
- 8.-Derecho a la información sobre registro y acceso a la información contenida en la Historia Clínica
- 9.-Derecho al Informe de alta
- 10.-Derecho a la certificación de la información sobre el estado de salud

4.2. Derecho de acceso a la documentación de la historia clínica

1. El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Este derecho del paciente puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
2. El derecho de acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio de los derechos de los profesionales participantes en su elaboración los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.
3. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.
4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
5. La petición de acceso a la historia clínica por parte del paciente o su representante la realizará por escrito en su centro sanitario, siguiendo los procedimientos estipulados.
6. El acceso a la historia por parte de personal relacionado con la gestión del centro, inspectores sanitarios, investigadores, médicos ajenos al centro, aseguradoras, jueces y otros necesita seguir el procedimiento estipulado.

5.- PROCEDIMIENTOS

5.1. CONFIDENCIALIDAD E INFORMACIÓN SANITARIA

5.1.1. Información asistencial

Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, dentro del Servicio de Salud del Principado de Asturias, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

El titular del derecho a la información 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. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

5.1.2. Información epidemiológica

El derecho a la información no solo abarca los aspectos individuales, sino que alcanza los aspectos de la comunidad cuando existen riesgos.

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

5.1.3. Información previa al consentimiento informado

Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información adecuada, haya valorado las opciones propias del caso.

El consentimiento, en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, será verbal por regla general, con reflejo en la Historia Clínica.

Este consentimiento, se prestará por escrito en los casos especificados en la Ley y en general en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El paciente podrá revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

5.1.4. Renuncia a recibir información

Los pacientes, en el seno del Servicio de Salud del Principado de Asturias, podrán renunciar a recibir información por parte de los profesionales que les atienden. Esta renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso, según especifica la Ley.

Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

5.1.5. Información de calidad

En el Servicio de Salud del Principado de Asturias, la información recibida por el paciente tiene que cumplir unos requisitos para ser considerada de calidad e incluir como mínimo:

- Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad
- Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención
- Las contraindicaciones

5.1.6. Información sobre el Sistema Nacional de Salud

Los pacientes y los usuarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

Los centros y servicios sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias dispondrán de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen:

- Los derechos y obligaciones de los usuarios
- Las prestaciones disponibles
- Las características asistenciales del centro o del servicio y sus dotaciones.

Se facilitará a todos los usuarios información sobre los procedimientos de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.

5.1.7. Información para elegir médico y centro

Los usuarios y pacientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la

información para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezca la legislación vigente.

5.1.8. Registro y acceso a la información de la Historia Clínica

El paciente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas por la Ley, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

5.1.9. Informe de alta

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina la Ley.

5.1.10. Certificación de la información sobre el estado de salud

Todo paciente o usuario, dentro del Servicio de Salud del Principado de Asturias, tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud.

5.1.11. Recomendaciones

- Cada Centro Sanitario del Principado de Asturias debería disponer de un documento de Confidencialidad incorporado en la Historia Clínica, y en este documento figuraría un apartado de Información Sanitaria.
- En cada episodio asistencial de la Historia Clínica debería figurar por escrito, en relación con la información sanitaria, los siguientes aspectos:
 - La información verbal transmitida al paciente.
 - El deseo voluntario del paciente de no ser informado, si esta situación llegara a producirse en algún momento del proceso asistencial.
 - La persona a la que el paciente autoriza a compartir la información asistencial, si así lo desea.
 - La información transmitida a las personas discapacitadas y dependiendo de su grado, a los familiares, allegados o representantes legales.
 - La información transmitida a los menores y dependiendo de su edad, a los familiares, allegados o representantes legales.
 - Las situaciones de imposibilidad de informar al paciente y las situaciones de estado de necesidad terapéutica en las que se establezca la situación de no conveniencia de transmitir información

al paciente. Estas situaciones estarían razonadas y debería quedar constancia del familiar, allegado o representante legal al que se informa.

- Cada Hospital y Gerencia de Atención Primaria del Servicio de Salud del principado de Asturias debería disponer de una Guía o Carta de Servicios, accesible a cada ciudadano, que contendría los aspectos de información sanitaria reflejados en este apartado.
- Todos los Centros Sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias deberían tener constituido en Atención Especializada un Servicio de Atención al Usuario. En Atención Primaria debería existir un Servicio de Atención e Información al Ciudadano. Estos Servicios deberán informar a los ciudadanos sobre los Derechos y Deberes de los Ciudadanos en su relación con el Sistema de Salud del Principado de Asturias, en especial aquellos relacionados con la confidencialidad y la información sanitaria.

5.2. CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD

5.2.1. Intimidad física e imagen

a) Los profesionales y centros del Servicio de Salud deberán salvaguardar la intimidad corporal de los pacientes en todas las actuaciones sanitarias, especialmente las relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento o con los cuidados y la higiene corporal.

b) En las actuaciones sanitarias en las que se vea afectada la intimidad corporal de los pacientes, el número de profesionales participantes será el mínimo necesario. Los pacientes podrán manifestar su desacuerdo y oposición con la presencia excesiva de profesionales en este tipo de actuaciones.

c) La captación y difusión de imágenes de pacientes requiere un consentimiento previo de los mismos, con registro documentado en la Historia Clínica, y en el caso de menores exige autorización judicial.

d) En el caso de actividades no estrictamente asistenciales, como las docentes o investigadoras, los criterios establecidos en los puntos anteriores deberán respetarse con mayor rigor.

5.2.2. Datos genéticos

a) La confidencialidad se extiende a los datos genéticos de las personas, y los profesionales que conozcan los mismos en el ejercicio de su función asistencial o investigadora, tienen obligación de guardar secreto.

b) Los centros sanitarios del Servicio de Salud, velarán por la protección de la documentación clínica concerniente al patrimonio genético de las personas a las que se les haya realizado este tipo de análisis.

5.2.3. Información a profesionales y compromiso de confidencialidad

a) Cada vez que se incorpore un nuevo profesional al Servicio de Salud es necesario darle a conocer lo siguiente: 1º) la obligación de garantizar la confidencialidad y la custodia de la información que va a utilizar; 2º) el compromiso de respetar la intimidad de los pacientes, y 3º) el compromiso de guardar la reserva debida sobre la información a la que tenga acceso por razón de su actividad, reserva que se prolonga incluso después de finalizar su actividad profesional.

b) Con el fin de facilitar las obligaciones y compromisos anteriores se entregará al profesional recién incorporado un documento sobre “el compromiso de confidencialidad” (**Anexo I**), cuya copia debidamente firmada se archivará en su propio expediente personal.

5.2.4. Circulación de Documentación Clínica

a) Todos los documentos que contengan información sensible (Historia, Informes) deberán trasladarse en el interior de sobres cerrados que lleven visible en el exterior la palabra “CONFIDENCIAL”, y siempre irán dirigidos a una persona o servicio concreto.

Los documentos que contengan información clínica no deberán depositarse ni permanecer en un lugar donde puedan ser leídos por personas no autorizadas (paciente, familiar o profesional no implicado en la atención del ciudadano).

En la carpeta o sobre exterior de la Historia Clínica sólo deben figurar datos administrativos.

b) Los desplazamientos o trabajos con documentación confidencial serán siempre realizados por una persona autorizada. Nunca se abandonarán o depositarán en lugar incontrolado. Todos sus movimientos estarán justificados y se harán siempre siguiendo las instrucciones que al respecto se hayan cursado.

5.2.5. Espacios Físicos

a) El profesional sanitario informará al ciudadano de manera reservada, en la consulta o sala destinada al efecto y debidamente cerrada. La información clínica a los ciudadanos y entre profesionales se realizará en lugar reservado, evitándose siempre cualquier zona en la que su conversación pudiera ser oída por terceras personas no implicadas en el proceso asistencial, especialmente los pasillos, salas de espera y espacios abiertos.

Durante el proceso de información o de atención, el acceso de terceras personas a los espacios de información o las entradas e interrupciones en consulta, se limitará a situaciones que no permitan demora.

b) Las áreas administrativas dispondrán de la señalización necesaria para disponer de un espacio adecuado entre el ciudadano que estuviera siendo atendido y el siguiente que espera su turno. También se habilitará otro espacio para los trámites que requieren información reservada (T.I.S.)

En los espacios físicos compartidos de las áreas administrativas, los profesionales utilizarán un lenguaje en el que no se citen términos clínicos (Especialistas concretos, pruebas concretas, diagnósticos...), sino utilizando un lenguaje más general y procurando evitar datos que afecten a la intimidad del usuario.

5.2.6. Seguridad

a) Todas las dependencias que contengan información, en cualquier tipo de soporte, con datos personales sobre la salud de los ciudadanos deberán permanecer debidamente custodiadas y vigiladas durante el tiempo que no trabajen los profesionales en las mismas.

b) No debe abandonarse el puesto de trabajo dejando el ordenador encendido. En caso de ausencia momentánea, se activará siempre el salva pantallas protegido con clave o se apagará el monitor.

c) Cada centro sanitario utilizará la destructora de papel para eliminar la información sanitaria que no deba ser archivada.

5.2.7. Recomendaciones

1. Se deben repasar periódicamente el estado físico de puertas y mobiliario para que estén en perfecto estado.
2. En los pliegos para la licitación de contratación de servicios con empresas externas (limpieza, mantenimiento, seguridad, etc.) se incluirán cláusulas expresas donde conste el deber de confidencialidad que formará parte del contrato.

5.3. CONFIDENCIALIDAD E HISTORIA CLÍNICA

5.3.1. Contenido de la Historia Clínica

a) La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

b) El contenido mínimo de la historia clínica está regulado por el artículo 15.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

5.3.2. Archivo de la Historia Clínica

- a) Cada centro sanitario archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
- b) Caso particular: los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

5.3.3. Usos de la Historia Clínica

- a) La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente.
- b) Respecto a lo dispuesto sobre el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica por parte de los profesionales asistenciales, el personal de administración y gestión, u otros, véase lo señalado anteriormente en el apartado 4.2.
- c) En cuanto al procedimiento de acceso para uso no asistencial de la documentación clínica véanse los diversos supuestos y requisitos indicados más adelante en el apartado 5.3.5.
- d) El personal que accede a los datos de la historia clínica queda sujeto al deber de secreto. Cada profesional debe responsabilizarse de salvaguardar la confidencialidad de acceso no compartiendo sus claves con terceras personas.

5.3.4. Conservación de la Historia Clínica

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

5.3.5. Acceso a la Historia Clínica para uso no asistencial

Este apartado se basa en la Instrucción del Servicio de Salud del Principado de Asturias, de 14 de mayo de 2007, por la que se regula el procedimiento de acceso para uso no asistencial de la documentación clínica hospitalaria.

La Historia Clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Tiene varios usos, pero el fundamental es garantizar una asistencia adecuada al paciente. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la Historia Clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

El acceso a la Historia Clínica con fines no asistenciales se regula en este procedimiento teniendo en cuenta:

- Quién pide el acceso
- A través de qué servicio sanitario se ha de canalizar la petición
- Qué requisitos son necesarios
- Qué documentos se han de facilitar

Según quién pide el acceso se distinguen las siguientes situaciones:

1ª. El paciente a partir de los dieciséis años cumplidos

Procedimiento de solicitud: El paciente a través del Servicio de Atención al Usuario o del Servicio de Atención e Información al Ciudadano:

- a) En persona, rellenando una solicitud normalizada y firmándola (**Anexo II**).
- b) Por cualquier medio que garantice la identidad del solicitante

Requisitos: Acreditar su identidad mediante su DNI o pasaporte (copia en el caso b)

En la solicitud se especificará qué información se solicita y de qué episodio asistencial

Tipo de documentos a facilitar: Copia de los documentos solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tales como los siguientes:

- La anamnesis y la exploración
- La evolución
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería

La entrega se hará en el Servicio de Atención al Usuario, en el Servicio de Atención e Información al Ciudadano o en el Servicio que la Gerencia de Atención Primaria determine al efecto, en mano, por correo certificado con acuse de recibo si sólo son documentos papel o por cualquier otro medio que permita acreditar el envío y la recepción.

Plazo de entrega: Menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

2ª. Persona autorizada por el paciente

Procedimiento de solicitud: La persona autorizada a través del Servicio de Atención al Usuario o del Servicio de Atención e Información al Ciudadano de una de las siguientes maneras:

- a) En persona, relleno una solicitud normalizada y firmándola (**Anexo II**).
- b) Por cualquier medio que garantice la identidad de la persona autorizada.

Requisitos:

- Acreditar la identidad de la persona autorizada mediante su DNI o pasaporte (copia en el caso b)
- Aportar la autorización debidamente acreditada.
- Adjuntar la copia del DNI o pasaporte del paciente

En la solicitud se especificará qué información se solicita y de qué episodio asistencial.

Tipo de documentos a facilitar: Copia de los documentos solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tales como los siguientes:

- La anamnesis y la exploración
- La evolución
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería

La entrega se hará en el Servicio de Atención al Usuario, en el Servicio de Atención e Información al Ciudadano o en el Servicio que la Gerencia de Atención Primaria determine al efecto, en mano, por correo certificado con acuse de recibo si sólo son documentos papel o por cualquier otro medio que permita acreditar el envío y la recepción.

Plazo de entrega: Menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

3ª. Persona que no es el paciente ni está autorizada por escrito por él

Como norma general no se le da ningún documento excepto:

3A En caso de que el paciente sea menor de 16 años: Se facilitará el acceso a los padres, representante legal o persona o institución designada por la ley, sin perjuicio de que pueda ser considerado menor maduro en cuyo caso no se facilitará el acceso salvo que el paciente lo autorice.

Procedimiento de solicitud: El solicitante con capacidad expresada en el párrafo anterior a través del Servicio de Atención al Usuario o del Servicio de Atención e Información al Ciudadano de una de las siguientes maneras:

- a) En persona relleno por escrito una solicitud normalizada y firmada (**Anexo II**).
- b) Por cualquier medio que garantice la identidad de la persona solicitante.

Requisitos: La persona solicitante debe:

- Acreditar su identidad mediante su DNI o pasaporte (copia en el caso b)
- Aportar el documento que acredite el derecho de acceso

En la solicitud se especificará qué información se solicita y de qué episodio asistencial.

Tipo de documentos a facilitar: Copia de los documentos solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tales como los siguientes:

- La anamnesis y la exploración
- La evolución
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería

La entrega se hará en el Servicio de Atención al Usuario, en el Servicio de Atención e Información al Ciudadano o en el Servicio que la Gerencia de Atención Primaria determine al efecto, en mano, por correo certificado con acuse de recibo si sólo son documentos papel o por cualquier otro medio que permita acreditar el envío y la recepción.

Plazo de entrega: Menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

3B En caso de que el paciente sea mayor de edad legalmente incapacitado: se le facilitará el acceso a su representante legal.

Procedimiento de solicitud: El solicitante con capacidad expresada en el párrafo anterior a través del Servicio de Atención al Usuario o del Servicio de Atención e Información al Ciudadano de una de las siguientes maneras:

- a) En persona rellenando por escrito una solicitud normalizada y firmada (**Anexo II**).
- b) Por cualquier medio que garantice la identidad de la persona solicitante.

Requisitos: La persona solicitante debe:

- Acreditar su identidad mediante su DNI o pasaporte (copia en el caso b)
- Aportar el documento que acredite el derecho de acceso

En la solicitud se especificará qué información se solicita y de qué episodio asistencial.

Tipo de documentos a facilitar: Copia de los documentos solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tales como los siguientes:

- La anamnesis y la exploración

- La evolución
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería

La entrega se hará en el Servicio de Atención al Usuario, en el Servicio de Atención e Información al Ciudadano o en el Servicio que la Gerencia de Atención Primaria determine al efecto, en mano, por correo certificado con acuse de recibo si sólo son documentos papel o por cualquier otro medio que permita acreditar el envío y la recepción.

Plazo de entrega: Menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

3C En el caso de que el paciente haya fallecido: Se le facilitará el acceso sólo a las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, o a su representante legal, salvo que el paciente lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la Historia Clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

Procedimiento de solicitud: El solicitante con capacidad expresada en el párrafo anterior a través del Servicio de Atención al Usuario o del Servicio de Atención e Información al Ciudadano de una de las siguientes maneras:

- a) En persona rellenando por escrito una solicitud normalizada y firmada (**Anexo II**).
- b) Por cualquier medio que garantice la identidad de la persona solicitante.

Requisitos: La persona solicitante debe:

- Acreditar su identidad mediante su DNI o pasaporte (copia en el caso b)
- Aportar el certificado de defunción, salvo que haya fallecido en el propio hospital donde se presenta la solicitud
- Demostrar que es persona vinculada al paciente, por razones familiares o de hecho, o es su representante legal

En la solicitud expondrá los motivos de la petición.

Tipo de documentos a facilitar: Se facilitará copia sólo de la información pertinente que, en principio, se reducirá al informe de alta del último episodio y al informe de la necropsia si existiese.

La entrega se hará en el Servicio de Atención al Usuario, en el Servicio de Atención e Información al Ciudadano o en el Servicio que la Gerencia de Atención Primaria determine al efecto, en mano, por correo certificado con acuse de recibo si sólo son documentos papel o por cualquier otro medio que permita acreditar el envío y la recepción.

Plazo de entrega: Menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

4ª. Entidades aseguradoras

Procedimiento de solicitud: Por escrito a la Dirección del centro sanitario.

Requisitos: Es imprescindible adjuntar la autorización del paciente firmada y la fotocopia del DNI o pasaporte del paciente.

Tipo de documentos a facilitar: Copia de los documentos solicitados que autorice el paciente excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tales como:

- La anamnesis y la exploración
- La evolución
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería

La entrega se hará en el Servicio de Atención al Usuario, en el Servicio de Atención e Información al Ciudadano o en el Servicio que la Gerencia de Atención Primaria determine al efecto, en mano, por correo certificado con acuse de recibo si sólo son documentos papel o por cualquier otro medio que permita acreditar el envío y la recepción.

En caso de falta de autorización del paciente, las entidades aseguradoras obligadas al pago sólo tendrán derecho a la información de los datos asistenciales necesarios e imprescindibles para la justificación del proceso de facturación.

Plazo de entrega: Menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

5ª. El Juzgado

Procedimiento de solicitud: Por escrito a la Dirección del centro sanitario.

Requisitos: Un oficio del Juzgado en el que se determinen qué informes o datos de la Historia considera dicha autoridad que es necesario aportar.

Tipo de documentos a facilitar: Se remitirá copia de los documentos solicitados o se facilitará el acceso a la Historia dentro del centro sanitario.

En ausencia de especificación de los informes o datos de la Historia solicitados, se enviará copia del informe de alta o del episodio asistencial concreto.

No se enviará la historia original salvo casos especiales en que el juez lo requiera. En estos casos el centro sanitario mantendrá una copia en custodia.

6ª. Personal sanitario que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación

Procedimiento de solicitud: Por escrito a la Dirección del centro sanitario.

Requisitos: Estar debidamente acreditado para el cumplimiento de sus funciones de comprobación de calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración Sanitaria.

Tipo de documentos a facilitar: Se facilitará el acceso directo a la Historia Clínica y no sólo la remisión o cesión de los datos contenidos en la misma.

7ª. Personas que acceden a la Historia Clínica con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia

Procedimiento de solicitud: Por escrito a la Dirección del centro sanitario.

Requisitos: Autorización previa de la Dirección del centro y compromiso del solicitante de guardar el debido secreto. Autorización o acreditación para realizar estudios epidemiológicos, de salud pública y de investigación con arreglo a la normativa vigente.

En la solicitud se expondrán los motivos de la petición.

Tipo de documentos a facilitar: Se facilitará el acceso directo a la Historia Clínica preservando los datos de identificación del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

5.3.6. Recomendaciones al acceso de la Historia Clínica

1. Las peticiones por carta, Fax o E-mail se enviarán a la Dirección del Centro Sanitario, al Servicio de Atención al Usuario o al Servicio de Atención e Información al Ciudadano, según los casos.

2. Como norma general no se aceptarán peticiones de documentación por teléfono ni se dará dicha información por este medio. Se aprovechará la llamada de la solicitud para informar con exactitud acerca del procedimiento necesario para obtenerla en cada caso.

3. La entrega de los documentos se puede hacer de varias maneras. El centro sanitario decidirá si se le facilitan en el momento o en días posteriores según la disponibilidad de los originales y las circunstancias del solicitante.

4. El plazo de entrega establecido no podrá exceder de 30 días desde el momento de la solicitud. En todos los casos se empleará algún medio que permita acreditar la entrega de la información solicitada.

5. En caso de solicitud de radiografías se pueden entregar copias o bien, si así lo decide el centro sanitario, los originales en concepto de préstamo quedando constancia por escrito en el centro de la entrega y del compromiso de devolución en el segundo caso, dado que la responsabilidad de custodia le compete al centro sanitario.

6. Si la historia no contiene la información solicitada se le pedirá un informe al servicio médico responsable.

7. Los supuestos de dudosa interpretación o no contemplados en este procedimiento se resolverán por la Dirección del Centro Sanitario. Estos casos se notificarán a la Comisión de Documentación Clínica dependiente del órgano competente en esa materia en la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios o en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

5.3.7. Custodia de la documentación clínica

La custodia de las historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad conforme a lo establecido por el artículo 16 de la Ley 41/2002.

Para garantizar dicha custodia se instalarán, revisarán y controlarán, en función del soporte que contenga la información (papel, audiovisual, informático o de otro tipo):

Los mecanismos físicos (cerraduras con llave): En todas las dependencias (archivos, consultas, despachos,.....) en las que se deposite documentación confidencial.

Los parámetros lógicos (claves): Todo usuario/a que dentro de su competencia acceda a un sistema informatizado, y desde éste a información confidencial, dispondrá de cuenta propia que en garantía de su custodia le habilite el acceso introduciendo por teclado:

a) Nombre de usuario, que puede ser conocido por un grupo

b) Contraseña, generada y conocida exclusivamente por el propio usuario.

5.3.8. Recomendaciones a la custodia de la documentación clínica

1. Las llaves y copias de seguridad de ficheros o archivos informáticos deben permanecer etiquetadas, verificadas y custodiadas.
2. En caso de que las Historias, Expedientes o Documentos con datos sensibles, pudieran quedar al alcance visual de persona no autorizada, deberán ser introducidas en Cajas o Dispositivos que impidan o al menos dificulten su observación o identificación.

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. General

1. Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. Guía de protección de datos personales para servicios sanitarios públicos. Madrid: Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid; 2004.
2. Declaración de Barcelona de las Asociaciones de los Pacientes. Barcelona: Foro Español de Pacientes, 2003.
www.webpacientes.org/docs/at002.pdf (último acceso: 03.12.2009)
3. Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Informatización y confidencialidad de la historia clínica. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2004.
4. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Secreto Profesional y Confidencialidad en Atención Primaria. Madrid: INSALUD; 2000.
5. Servicio Vasco de Salud. Procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria. Vitoria: Servicio Vasco de Salud; 2003.
6. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo: SESPA; 2004.
7. Sociedad Española de Informática de la Salud. Informe SEIS.- La seguridad y la confidencialidad de la información clínica. Madrid: Sociedad Española de Informática de la Salud; 2001.
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC); Comisión de Libertades e Informática (CLI); Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP); Plataforma 10 minutos; Red Española de Atención Primaria (REAP); Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria; Sociedad

Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFIC); Sociedad Española de Medicina General (SEMG). Manifiesto en defensa de la confidencialidad y el secreto médico. Madrid: 2003.

2. Legal

1. Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen (B.O.E. nº 115 de 14 de mayo de 1982).

2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, artículos 10 y 61 (B.O.E. nº 102 de 29 de abril de 1986).

3. Ley 1/1992, de 2 de julio, Ley del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997. (“Convenio de Oviedo”)

5. Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal (B.O.E. nº 151 de 25 de junio de 1999).

6. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (B.O.E. nº 298 de 14 de diciembre de 1999).

7. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

8. 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 (B.O.E. nº 274 de 15 de noviembre de 2002).

9. Instrucción del Servicio de Salud del Principado de Asturias, de 14 de mayo de 2007, por la que se establece el procedimiento de acceso para uso no asistencial de la documentación clínica hospitalaria.

7. GRUPO DE TRABAJO SAU-SAIC

COORDINACIÓN

- Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (DGSPyP).
- Subdirección de Gestión Clínica y Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

RESPONSABLES

- Mercedes García Ruiz, Jefa del Área de Promoción de la Salud y Participación
- Alejandra Fernández Menéndez, Técnico del SESPA.
- Constantino González Quintana, Técnico Superior de la DGSPyP.
- Luis Gago Argüello, Técnico del SESPA

VOCALES

Blanco Juárez, Jerónima

SAU del Hospital de Cabueñes (Gijón)

Castro González, Florentino

SAIC del Centro de Salud de Pola de Lena (Área VII)

Cortinat Besolí, Consol

SAU del Hospital del Oriente de Asturias “Grande Covián” (Arriondas).

Díaz Fernández, Manuel

SAIC del Centro de Salud El Llano de Gijón (Área V)

Fernández del Valle, Ana

SAIC del Centro de Salud Pumarín-Oviedo (Área IV)

Fernández Fernández, Berta

SAU del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).

Fernández Fernández, Héctor

SAIC del Centro de Salud de Navelgas (Área II)

Fernández Fonseca, María Eugenia

SAU del Hospital “Valle del Nalón” (Riaño-Langreo).

Fernández García, Margarita

SAU del Hospital “Álvarez Buylla” (Mieres).

Fernández Pérez, María Luz
SAIC del Centro de Salud El Cristo-Oviedo (Área IV)

Fernández Tamargo, Eva María
Unidad de Calidad del Hospital Monte Naranco (Oviedo)

Ferrés Soy, Dolores
SAU del Hospital Cruz Roja (Gijón).

Flórez Villaverde, Patricia
SAU del Hospital Fundación “Adaro” (Langreo).

Galarraga Macía, María del Mar
SAIC del Centro de Salud Mieres-Norte (Área VII)

García-Bustelo Martínez, Paloma
SAU de la Fundación Hospital de Jove (Gijón).

García García, Carmen
SAU del Hospital “Valle del Nalón” (Riaño-Langreo).

García García, Trinidad
SAIC del Centro de Salud de Riaño-Langreo (Área VIII)

García Martínez, Lourdes
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Gómez Álvarez, Begoña
SAU del Hospital San Agustín (Avilés).

González García, Magaly
Directora de Gestión del Área Sanitaria III (Avilés)

González García, Marta
Directora Médica del Área Sanitaria VII (Mieres)

Gutiérrez Bernardo, Julio
SAU del Hospital “Valle del Nalón” (Riaño-Langreo).

Gutiérrez Martínez, Julia
SAU del Hospital de Jarrio (Coaña).

Huergo Tresguerres, Ana María
SAIC del Centro de Salud La Felguera (Área VIII)

Menéndez González, Constantino
SAU del Hospital de Cabueñes (Gijón).

Mogollón Fajardo, Antonia

SAIC del Centro de Salud La Magdalena-Avilés (Área III)

Mogollón Fajardo, Isabel

SAIC del Centro de Salud El Quirinal-Avilés (Área III)

Nuño López, Concepción

SAU del Hospital de Cabueñes (Gijón)

Parajón Madiedo, Alejandra

SAIC del Centro de Salud de Colunga (Área VI)

Peláez Arias, María del Valle

SAU del Hospital San Agustín (Avilés)

Pérez Díez, Francisco Carlos

SAIC del Centro de Salud de Villalegre-Avilés (Área III)

Pintado Valledor, Manuela

SAIC del Centro de Salud de Pola de Allande (Área II)

Riesgo Castro, Ángel

SAIC del Centro de Salud de Ventanielles-Oviedo (Área IV)

Rodrigo Fonseca, María Paz

SAU del Hospital “Carmen y Severo Ochoa” (Cangas del Narcea).

Rodríguez del Río, Ana Belén

SAIC del Centro de Salud de Lugones (Área IV)

Rodríguez-Maribona Trabanco, Borja

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Sampedro Lopátegui, Conchita

SAU del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).

Santamarta González, Rosana

SAU de la Fundación Hospital de Avilés.

Tuñón Díaz, Clara Isabel

SAIC del Centro de Salud Zarracina-Gijón (Área V)

Vallina Vázquez, Cristina

SAU del Hospital “Monte Naranco” (Oviedo).

ANEXO I



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

A fin de garantizar el **derecho de confidencialidad y respeto a la intimidad** de los usuarios de la red sanitaria pública, la Gerencia de Atención..... del Servicio de Salud del Principado de Asturias, donde usted prestará sus servicios, le presenta el siguiente:

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

DON/DOÑA: _____

CATEGORÍA: _____ D.N.I.: _____

Expresa su compromiso a respetar la intimidad de los usuarios y a guardar la reserva debida sobre la información a la que tuviera acceso por razón de su actividad, prolongándose esta reserva incluso después de que finalice su ejercicio profesional.

En _____ el día _____ de _____ de 201_____,

Firmado:

ANEXO II

Centro de Salud.....
Hospital.....



SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Apellidos.....

Nombre..... Fecha de nacimiento:.....

Domicilio..... Población..... C.P.....

Teléfonos..... /..... TSI..... DNI.....

Nº HC.....

2. SOLICITA:

Informes.....
.....
.....

Estudios radiológicos.....
.....
.....

3. MOTIVO DE LA SOLICITUD: (opcional).....
.....
.....

4. DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA:

Nombre y apellidos..... DNI.....

Parentesco..... Tfnos..... /.....

Fecha.....

Firmas:

Paciente..... Persona autorizada..... SAU/SAIC.....

Para un mejor seguimiento de su salud, le recomendamos devolver las pruebas radiológicas que se le presten en un plazo de 15 días.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE

Si la solicitud proviene del titular deberá adjuntarse DNI o Pasaporte

Si la solicitud se hace a través de representante o persona autorizada deberá acompañarse:

- DNI de la persona solicitante
- DNI de la persona autorizada o representante
- Acreditación de la representación según indica el artículo 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Al presentar estos documentos formalizados, usted se encuentra amparado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

DIAGRAMA DE FLUJO

