

Guía de Atención y Trato para personal facultativo



Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



Introducción (Pg. 4)

1 Relación facultativo-paciente (Pg. 5 – 14)

- 1.1. Cómo lograr una comunicación eficaz
 - + La comunicación cara a cara
 - + La capacidad de escucha
 - + La importancia de la asertividad
- 1.2 Elementos que dificultan y elementos que facilitan la comunicación con los/as pacientes.
- 1.3 Cómo dar las malas noticias
- 1.4 Cómo actuar en una situación de agresividad
- 1.5 Cómo actuar antes quejas y reclamaciones

2 Procesos administrativos del paciente (Pg. 15 – 18)

- 2.1 Gestión de citas
- 2.2 Terapias respiratorias domiciliarias
- 2.3 Prestaciones ortoprotésicas
- 2.4 Transporte sanitario
- 2.5 Visado de medicamentos
- 2.6 Otras gestiones relacionadas con el Área de Atención al Usuario

3 Derechos y deberes del paciente (Pg. 19 – 39)

- 3.1 Carta de derechos y deberes
- 3.2 Derechos de segunda generación
 - + Voluntad vital anticipada
 - + Libre elección de médico especialista
 - + Libre elección de centro para intervención quirúrgica
 - + Segunda opinión médica
 - + Errores habituales en la interpretación de estos derechos
 - + Cuadro-resumen
- 3.3 Derechos y deberes de los pacientes en materia de autonomía, información y documentación clínica
 - + Derecho a la información asistencial
 - + Derecho a no ser informado
 - + El titular del derecho a la información asistencial
 - + El respeto a la autonomía del paciente: Consentimiento Informado
 - + Historia Clínica: consideraciones legales y recomendaciones de manejo, uso y traslado
 - + Derecho de Acceso a la Historia Clínica
- 3.4 Otros derechos y garantías
 - + Prestaciones sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía
 - + Libro de sugerencias y reclamaciones de la Junta de Andalucía
 - + Derechos de los Niños y las Niñas en lo referido a la Salud

- + Medicamentos gratis para niños y niñas menores de un año
- + Examen de salud para mayores de 65 Años
- + Salud bucodental
- + Aportación en medicamentos
- + Condición de asegurado y beneficiario a efectos de asistencia sanitaria
- 3.5 Informes Clínicos
 - + Informes de alta hospitalaria

4 Actuación del facultativo ante (Pg. 40 – 49)

- 4.1 Sucesos de repercusión mediática
- 4.2 Alertas de Salud Pública
- 4.3 Situaciones de repercusión judicial

5 Bibliografía (Pg. 50 – 52)

Introducción

Esta guía pretende ser un documento de consulta para los profesionales médicos de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir que les ayude en el cometido de dispensar una atención de calidad al paciente, que provea de herramientas al facultativo a la hora de afrontar situaciones difíciles, donde el profesional y el centro sanitario se ponen a prueba. El objetivo es que, en esos momentos críticos, en los que no se sabe bien cómo actuar antes determinadas circunstancias, se disponga de sencillas pautas de actuación, que eviten tener que improvisar y que proporcionen al profesional sanitario la seguridad de que está actuando correctamente.

Este manual recoge varios puntos, entre los que destacan como prioritarios los que hacen alusión a la **relación entre facultativo y paciente**, que pone el foco de atención en la importancia de lograr una comunicación eficaz entre ambos, sabiendo controlar situaciones de estrés; los **procesos administrativos del paciente**, donde se incluyen toda una serie de gestiones que el médico debe conocer para orientar al paciente; y los **derechos (y deberes) del paciente**, que constituyen una pieza clave dentro del conocimiento del sistema sanitario de salud.

Al mismo tiempo, esta guía quiere contribuir a marcar como prioridad un estilo determinado en el trato entre profesionales y usuarios, dentro de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir; un estilo de trato humano, coherente y compartido en todos los hospitales gestionados por ésta -que refuerza la percepción del nivel de calidad de los servicios sanitarios que se prestan-, como señal de la consideración y el respeto hacia el paciente y sus familiares.

1. Relación Facultativo Paciente

1.1 Cómo lograr una comunicación eficaz con los usuarios

La capacidad de lograr una comunicación positiva y eficaz con el paciente es una competencia profesional que se aprende. Es un error bastante extendido pensar que se trata de una cualidad innata. La experiencia ha demostrado que cualquier persona puede aprender y mejorar sus relaciones personales mediante la formación y el empleo de las técnicas adecuadas.

La comunicación cara a cara

La calidad de la comunicación entre el profesional sanitario y el usuario va en relación directa con los resultados positivos que se pueden obtener de ese encuentro.

Los siguientes aspectos constituyen una guía general de actuación para mejorar la calidad de la comunicación entre los profesionales y los pacientes/usuarios en circunstancias normales, tanto en el ámbito de la consulta, como en la unidad de hospitalización, o la atención en Urgencias, entre otros.

Para lograr una comunicación eficaz y de calidad con el usuario es necesario:

1. Saludar, identificarse y presentarse. El usuario debe saber con quién está hablando en cada momento.
2. Siempre que sea posible, mantener la entrevista sentados.
3. Dejar hablar al interlocutor, preguntarle, pedirle opinión.
4. Conducir la conversación sin cortar: Para ello, se puede resumir, preguntar o parafrasear.
5. Escuchar activamente. Es decir, demostrar que se está escuchando y entendiendo al usuario.
6. Mirar a los ojos.
7. Proporcionar información de forma anticipada, sistemática y de todos los aspectos relacionados con su situación:
 - Hablar en lenguaje adaptado a las características del oyente. Evitar la terminología y el lenguaje técnico.
 - Ordenar las ideas y mensajes.

- Utilizar mensajes cortos y simples.
- Recordar que el exceso de información dificulta la comunicación.
- No divagar ni dar rodeos: "Ir al grano".
- No mezclar temas.
- Poner ejemplos cercanos a la persona con la que se habla.
- Hablar en positivo.
- Repetir las ideas más importantes.
- Preguntar al usuario/paciente si nos ha entendido, si le quedan dudas, si quiere saber algo más. Es muy importante estar seguros de lo que el paciente ha captado lo que queríamos transmitirle.

8. Mostrar interés y preocupación por los problemas y necesidades del usuario, tanto las verbalizadas como las que no se expresan verbalmente.

9. Asumir la comunicación como una actitud y como una capacidad que se puede aprender.

10. Promover la participación del/de la paciente en la toma de decisiones. Enfatizar el carácter de diálogo y acuerdo. Preguntarle, pedirle opinión.

11. Utilizar apoyos visuales siempre que sea posible. Cualquier información, si además de oírla se ve, aumenta el potencial de comprensión y recuerdo.

12. Despedirse dejando claro en qué se queda, qué tiene que hacer el usuario/paciente la próxima vez, dónde tiene que dirigirse, con qué persona debe o puede ponerse en contacto, etc.

La capacidad de escucha

Es un elemento esencial del proceso de comunicación y, por tanto, de la atención de los usuarios. Se refiere, básicamente, al grado en que los usuarios perciben que somos capaces de ponernos en su lugar, que comprendemos lo que nos están exponiendo y que sabemos cómo se sienten.

Mantener una actitud de escucha "activa" es muy útil, sobre todo en aquellas situaciones en las que hay que decir NO, en las que no se puede acceder a una petición. En estos casos, la escucha activa minimiza las posibles reacciones negativas del usuario.

Para escuchar activamente es necesario:

1. **Dejar de hablar.** Si se está hablando no se puede escuchar.
2. Conseguir que el interlocutor **se sienta con confianza**. Hay que ayudar a la persona a que se sienta libre para expresarse. Para conseguirlo puede ayudar el ponerse en su lugar, es decir, establecer una relación de empatía.
3. Demostrar al interlocutor que se está **dispuesto a escucharle**, manifestándole claramente nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle y no para oponernos.
4. **Eliminar las posibles distracciones**, (interrupciones, llamadas telefónicas, puertas abiertas, etc.).
5. **Ser paciente.** No interrumpirle y tomarnos el tiempo necesario.

6. **Conducir la conversación, sin interrumpirle.** Para ello, suele ser útil resumir, preguntar y parafrasear.
7. **Dominar nuestras emociones.** Una persona enojada siempre malinterpreta las palabras.
8. **Evitar criticar y argumentar en exceso,** ya que esto situaría a nuestro interlocutor a la defensiva, conduciéndole probablemente al enfado o al silencio.
9. **Preguntar todo lo que sea necesario.** Además de demostrar que le estamos escuchando, le ayudaremos a desarrollar sus puntos de vista con mayor amplitud.
10. De nuevo **dejar de hablar:** ésta es la primera y la última de las recomendaciones y de la que dependen todas las demás.

La importancia de la asertividad

Estilo asertivo de comunicación: las personas que se comunican de forma asertiva exponen sus puntos de vista al tiempo que toman en cuenta los de los demás; se sitúan en el lugar del otro y transmiten esta capacidad empática. Entienden que la comunicación es cosa de dos y realizan sus planteamientos desde una posición abierta y flexible. Son valoradas positivamente por los demás, incluso a pesar de que no accedan a lo que no consideran justo.

Los profesionales de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir deben tratar de comunicarse de forma asertiva con los usuarios, ya que es la forma más eficaz de conseguir que dicha comunicación sea positiva.

Ser asertivo y comunicarse de esta forma con el público significa:

- a) Exponer nuestros puntos de vista, al tiempo que tomamos en cuenta los de los demás.
- b) Situarnos en el lugar del otro y transmitir esta capacidad empática.
- c) Entender que la comunicación es cosa de dos y realizar nuestros planteamientos desde una posición abierta y flexible.
- d) Ser capaces de decir y de plantear lo que pensamos, opinamos y queremos.
- e) Conseguir negociar y llegar a acuerdos viables.
- f) Proteger nuestra autoestima y respetar a los demás.
- g) Tener confianza y seguridad en nosotros mismos, y ser positivos.
- h) Comportarnos de forma madura y racional.

Un profesional asertivo trata a los usuarios con respeto a sus derechos y necesidades, lo cual no quiere decir ser servil ni dominante. Además, un profesional asertivo se trata a sí mismo también con respeto: es capaz de decir lo que quiere y lo que piensa, es capaz de dar su opinión y de negarse a algunas peticiones: **"el usuario no siempre tiene razón, pero hay que permitirle que se equivoque con dignidad"**.

Técnicas:

Algunas técnicas asertivas que pueden resultar de utilidad en la relación con los usuarios/pacientes de nuestros centros hospitalarios:

Técnica del "Disco rayado"

Consiste en repetir un mensaje hasta que comprobamos que se ha entendido o aceptado. Es útil cuando la otra persona no quiere aceptar la solución o alternativa que se le plantea y no se tiene otra que ofertar.

Es importante no salirse del tema y no entrar en los posibles ataques personales o descalificaciones. Recordar que tenemos derecho a no contestar a todo.

Ej.: "Comprendo su molestia por tener que esperar, no obstante no es posible resolverlo ahora. Es necesario que espere hasta que tengamos estos datos; no podemos resolverlo ahora. Tendrá que esperar unos días..."

Expresión de sentimientos negativos

No decir las cosas que nos molestan crea resentimiento y a veces desemboca en agresividad. Para decir lo que nos molesta o no nos gusta:

1. Decir cómo nos sentimos.
2. Decir lo que provocó que nos sintiéramos así.
3. Decir lo que deseáramos que ocurriera en el futuro o la próxima vez.

Ej.: "Cada vez que nos dice usted que en la medicina privada no pasa esto, me siento muy molesta y enfadada, porque creo que no es así, y estamos haciendo todo lo que podemos. Le agradecería que la próxima vez valorase algo más todo lo que hemos conseguido hasta aquí..."

Técnica del "Banco de niebla"

Se utiliza en situaciones de agresividad, cuando la otra persona está tan enfadada que no quiere ni oír los argumentos que se le exponen. Consiste en hacer algo inesperado por la otra persona. Ese algo puede ser manifestar un acuerdo parcial con sus críticas, aceptar la parte de verdad de la crítica. Esto hace que "baje la guardia" y que puedas intervenir entonces con tus argumentos o razones.

Es importante mostrarse de acuerdo sólo en aquello que pueda o desee hacerlo. No en todo, porque si lo hiciéramos así, perderíamos nuestro margen de negociación o para poder manifestar desacuerdo.

Ej.: "Es verdad que se lo debería haber dicho antes, sin embargo..."

"Es cierto que, como usted señala, en las últimas semanas el teléfono no para de sonar, no obstante..."

Aclaración ante opiniones contradictorias

Esta técnica de asertividad ayuda a aclarar algunas expectativas de los usuarios respecto a lo que se va o no a hacer. Es muy útil para evitar equivocaciones o malentendidos. Ayuda a algunas personas a aclararse consigo mismas. Les hace ver sus propias contradicciones, sin que por ello se sientan acusadas ni censuradas.

Ej.: "Me ha dicho usted que prefiere venir al Centro con su padre para ponerle la vacuna, porque así sale de casa, y ahora se queja de que no vayan a ponérsela a su domicilio. Me gustaría que aclarásemos esto"

En toda comunicación es fundamental lo que se dice, pero también cómo se dice. La forma en que se dice un mensaje resulta, a veces, más importante incluso que el propio mensaje.

1.2 Elementos que dificultan y elementos que facilitan la comunicación con los usuarios/pacientes

En la comunicación verbal existen palabras y formas de expresión que generan en quien las oye sentimientos de rechazo y desagrado o, por el contrario, que provocan una actitud positiva en el receptor.

Elementos que dificultan la comunicación con el paciente:

Acusaciones: *"No ha seguido usted las recomendaciones que le hice. La culpa es suya". "Ya se lo advertí, y no hizo usted caso..."*

Amenazas: *"Es la última vez que se lo digo". "Si no sigue usted mis indicaciones..."*

Exigencias: *"Mañana, sin falta, me trae usted los datos que le estoy diciendo".*

Generalizaciones: *"Nunca cumple nada de lo que acordamos". "Siempre pone usted las mismas pegas".*

Menosprecio: *"Su problema no tiene importancia. ¡Si supiera usted los problemas que tienen otros".*

Uso del sarcasmo o la ironía: *"¡Qué sorpresa! No sabía que usted también fuera médico/a."*

Etiquetas: *"Éste es de los que siempre está quejándose". "Ya verás como acaba diciendo que no. Tiene toda la pinta".*

Elementos que facilitan la comunicación con el paciente:

Hablar en plural: Indica que participamos del problema o de la solución del mismo. Sólo debe utilizarse cuando queramos demostrarlo. Hay temas en los que no debemos implicarnos.

Declarar agrado o desagrado: De esta forma se personaliza el mensaje y adquiere más fuerza. *"Me gustaría que pensase usted en lo que le he comentado" "No me gusta que diga que todo está mal. Estamos intentando ayudarlo. No siempre salen las cosas como queremos"*

Hablar en primera persona: Al hacerlo, implícitamente dejamos a la persona un margen para disentir u opinar de otra forma. Es un facilitador muy importante. *"En mi opinión, esto no me parece muy acertado",* en vez de: *"Esto no es muy acertado",* *"Yo creo que su familia lleva razón",* en vez de *"Su familia lleva razón".*

Hablar en positivo: Tiene más capacidad de convicción y de motivación que hablar en negativo. *"Es necesario que llegue más temprano"* en vez de *"Es necesario que no llegue tan tarde"*

Pedir las cosas por favor: Éste es un facilitador universal y cuando se utiliza en los centros sanitarios se genera un efecto sorpresa positivo en el público.

Explicar el porqué de las cosas: De esta forma es más fácil convencer a las personas de que hagan o no hagan algo.

Empatizar, ponerse en el lugar del otro: Y decirlo, no sólo pensarlo. De esta forma hacemos ver a la otra persona que entendemos su problema y que, por tanto, la solución que le ofrecemos tiene en cuenta sus circunstancias. Es una forma de personalizar la atención y que el usuario perciba un trato individualizado.

"Entiendo que le resulte difícil seguir esta dieta". "Comprendo que esté usted molesto por lo que ha sucedido".

Preguntar: *¿Podría levantarse un momento para que le hagamos la cama?, ¿Me puede dar sus datos, por favor?*

Mostrarse parcialmente de acuerdo con los argumentos de la otra persona: Esta es una técnica muy útil cuando la persona con la que hablamos está enfadada o no quiere entender. Al darle la razón en parte, (sólo en aquello en que podamos hacerlo), la persona baja sus defensas, porque no se lo esperaba, y es el momento de intentar convencerla y razonar con ella.

"Estoy de acuerdo con usted en que los trámites son lentos. Lleva usted razón. Sin embargo, no está en nuestras manos poder adelantarlos." "Es cierto que hay muchas personas y que tendrá que esperar un rato. No obstante, le agradecería que comprenda que hacemos todo lo posible por evitar que la espera sea muy larga."

Utilizar el condicional: Esta fórmula convierte una imposición en una sugerencia. *"Debería usted caminar todos los días un rato"*, en vez de *"Tiene usted que caminar todos los días un rato"*

1.3 Cómo dar las malas noticias

Esta es una circunstancia que se produce con cierta frecuencia en la relación con los usuarios y familiares. Es un momento especialmente difícil y que se recuerda durante mucho tiempo. Si a pesar de todo, la comunicación fue positiva y eficaz, se obtendrá el reconocimiento del paciente y la satisfacción personal de haber actuado de la forma más profesional.

Generalmente tenemos miedo a dar una mala noticia, porque no hemos recibido ninguna formación en la materia que explique cómo hacer frente a reacciones de pena, disgusto, cólera o desesperación que puedan desencadenarse.

A continuación describimos unas pautas generales, que pueden ser utilizadas por distintos profesionales a la hora de comunicar malas noticias (fallecimientos, diagnósticos fatales, etc.) con los menores efectos negativos posibles y una mejor aceptación por parte del familiar del paciente o del propio paciente:

- **El contexto** donde se da la mala noticia es muy importante. Es deseable siempre dar las malas noticias cara a cara, en un lugar tranquilo, silencioso, privado, cómodo, y distendido, que ofrezca sensación de seguridad. Aunque no siempre podemos disponer de un lugar adecuado, sí que podemos elegir entre todos los posibles el mejor (que no sea en un pasillo, no delante de otras personas, no por teléfono...).

- **La expresión de la cara y el tono de voz**, han de ser coherentes con la magnitud o gravedad del problema. Recordar la importancia de la mirada en la comunicación: transmite firmeza y seguridad en lo que se dice y, a la vez, es un mecanismo que hace ver a la otra persona nuestro interés por ella. La mirada acompaña y protege en los momentos difíciles.

- **Preparar**. Esta fase es muy importante. Ayuda a la persona a aceptar el problema. Es necesario garantizar un tiempo para que se produzca la adaptación, que puede variar en función de la magnitud del problema y de la persona. En general, todas las personas necesitan de esta fase de preparación.

> *"Estamos intentando resolver su problema, pero es complicado. En cuanto sepa algo más le avisaremos"*

> *"Sentimos no poder darle buenas noticias"*

> *"Estamos haciendo todo lo posible. La situación es difícil"*

Pedir a la persona que nos acompañe a un lugar privado porque tenemos que hablar con tranquilidad, es una forma de preparar y de darle tiempo para que asuma más fácilmente la mala noticia.

- **Informar**. Utilizar un lenguaje claro y sencillo. En ocasiones, se tiende a pensar que las verdades a medias son mejores. En absoluto. Hay que asegurarse de que lo ha entendido correctamente y responder a las preguntas que nos haga el paciente o el familiar. Estimular sus preguntas.

> *"No sé si me he explicado bien"*

> *"Quizás haya más cosas que quiera usted saber"*

> *"No sé si quiere usted hacer algunas preguntas"*

Transmitir pocas ideas, claras y sencillas, y repitiéndolas hasta que se haya entendido.

- **Esperar.** Es importante tener en cuenta que en momentos de gran tensión emocional, la capacidad de comprensión de la persona está muy limitada. Incluso puede producirse un bloqueo emocional, (la persona no es capaz de responder a estímulos exteriores). En este caso, no hay que insistir en dar información, sino esperar y acompañar, hasta que la persona pregunte.

Recordar que en muchos de estos momentos sobran las palabras y es suficiente con la compañía.

- **Escuchar.** No dar consejos, no hablar para rellenar el silencio. Esperar y responder a las preguntas que nos hagan. En todo caso, como se ha dicho antes estimular algunas preguntas.

- **Cuidado con los excesos de empatía:** Por ejemplo: *"Comprendo perfectamente lo que siente"*, porque pueden generar reacciones de *"¡Usted qué va a saber lo que yo estoy pasando!"*. Son preferibles fórmulas más "neutras", del tipo: *"Me imagino que debe ser muy duro"*.

- **Ofrecer ayuda.** Comunicar de posibles alternativas u opciones. Informar de los trámites a seguir y facilitar el nombre y las referencias de una persona de contacto.

1.4 Cómo actuar en una situación de agresividad

Una persona en una situación de agresividad necesita ser tratada de forma asertiva, para que su enfado empiece a disminuir y se pueda mantener con ella una conversación normal.

En estas circunstancias es necesario demostrar seguridad y firmeza, pero nunca intentar ponerse a la altura de la persona agresiva. La agresividad genera más agresividad. La calidad en la atención al público exige que, en ninguna circunstancia, intentemos frenar la agresividad con una actitud violenta o retadora. Primero, porque se ofrece una imagen de mal servicio y de poca profesionalidad y segundo, porque no sirve de mucho; es más, en muchos casos se produce más violencia.

Las pautas de actuación que se proponen seguir en estos casos hacen que la agresividad disminuya rápidamente. Para ello es necesario seguir este protocolo paso a paso:

¿Qué hacer?

- Demostrar a la persona que entendemos su enfado.
- Escuchar activamente: mantener la mirada, asentir, resumir y repetir su queja o problema.
- Esperar a que disminuya la irritación. No hablar hasta que la persona empiece a tranquilizarse. Seguir preguntando, conseguir que siga hablando. De esta forma, la temperatura del enfado empezará a bajar rápidamente.
- Hasta que no tengamos suficiente información, no creer que sabemos cuál es el problema y la solución.
- En cuanto disminuya algo la irritación, invitar a la persona a seguir hablando en una zona privada.
- Cuando empiece a calmarse, si es posible, pedirle que se siente y sentarse con ella.
- Mantener un tono de voz calmado, e incluso, ante los gritos o tonos elevados, bajar la voz.
- Utilizar la técnica asertiva del "banco de niebla" (mostrarse de acuerdo parcialmente con los argumentos del otro).
- Mantener una posición corporal firme, sin que resulte amenazadora o prepotente, ni tampoco insegura o sumisa. Insistimos en que mantener la mirada es una señal muy potente de seguridad y de firmeza.
- Una vez que la persona se ha calmado y se han ofrecido posibles alternativas o soluciones, antes de despedirse, expresar nuestros sentimientos en relación con lo sucedido. Pedirle que en otra ocasión no se manifieste de esa forma ya que no es necesario comportarse así para ser atendido con interés y respeto.

Muy importante:

Si creemos que la situación "se nos va de las manos" o no conseguimos que la persona se calme, pedir ayuda. Decir al usuario que otro compañero seguirá la conversación, ya que parece que no llegamos a ningún acuerdo. Explicar al compañero brevemente la situación, para que el usuario no tenga que empezar desde el principio.

1.5 Cómo actuar ante quejas y reclamaciones

A pesar de nuestra voluntad de ofrecer una asistencia sanitaria de calidad, en ocasiones el paciente no se siente satisfecho con el trato o la atención recibida, haciéndonos objeto de su queja, ya sea dirigida a nuestro propio servicio o a cualquier otro de la organización. Si esto sucede, es recomendable seguir unas sencillas pautas que pueden ayudarnos a gestionar una situación de este tipo.

Ante todo, debemos situar la queja por encima de cualquier sentimiento personal, con el fin de no impedir la comunicación necesaria para una correcta transmisión del mensaje. Así pues, es conveniente:

1. Analizar objetivamente lo expuesto por el paciente y, en caso de que se mostrase agresivo, hacer una pausa para dar tiempo a que se tranquilice.
2. Solicitar la información necesaria del reclamante, con el fin de conocer con exactitud los hechos que causan su queja.
3. Reformular la reclamación o queja para asegurarnos que la interpretamos tal y como se nos formula.
4. Intentar restar gravedad a lo acontecido, pero sin quitarle la razón ni restarle valor a la queja.
5. Informar, si ello fuese posible, sobre las causas que motivan la queja.
6. Ofrecer la solución si es conocida y, en caso contrario, consultarla con quien corresponda, cuidando de no comprometerse a nada que no esté en nuestra mano.
7. En caso de que el usuario desee dejar constancia por escrito de su reclamación, dirigirle hacia el Responsable de Gestoría y Atención al Usuario. En el caso de que se produzca fuera del horario de atención del mismo, dirigirle al supervisor de guardia.

Durante la exposición de la queja la actitud será:

- Positiva, evitando personalizar y sentirse acusado.
- No interrumpir la exposición del reclamante.
- No culpabilizar a otros compañeros, pues se dañaría la imagen del centro.
- Utilizar un tono de voz bajo y pausado con el fin de tranquilizar al interlocutor, evitando expresiones agresivas en nuestras exposiciones.
- Mostrar interés por comprender la queja y colaborar en su resolución.

2. Procesos administrativos del paciente

Gestión de Citas

- Para realizar gestiones relacionadas con citas el/la paciente o usuario/a deberá dirigirse al área de Admisión y Gestión del Usuario.

Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD)

- La prescribe el/la facultativo/a en Hospitalización o Consultas Externas, así como el/la médico/a de Urgencias en el caso de algunos de los hospitales de Alta Resolución.
- El/la médico entrega al/a paciente el documento correctamente cumplimentado para que éste/ésta pueda depositarlo en Gestión del Usuario. **IMPORTANTE:** recordar al/a paciente la obligación de informar a GU del cambio de domicilio, fallecimiento, no uso de la terapia, etc.

Necesitas saber que:

- Gestión del Usuario contactará contigo para:
 - Informar de las prescripciones caducadas, para que en dos semanas máximo indiques las instrucciones a seguir (una vez al mes).
 - Entregar el listado de pacientes con consumo menor a 3h./día, para autorización de retirada (una vez cada tres meses).
- A los pacientes que no acudan a dos citaciones, se les retira la TRD.

Normativa Tratamientos Oxigenoterapia

Estatal

- Orden de 3 de marzo de 1999 para la regulación de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio en el Sistema Nacional de Salud.

Autonómica

- Resolución de 20 de septiembre de 2000, del Servicio Andaluz de Salud, por la que se regulan en su ámbito las técnicas de terapia respiratoria a domicilio.

Prestaciones Ortoprotésicas

- La prescribe el/la facultativo/a, en:
 - CCEE, para lo que es necesario el P14, e informe de visado, si es oportuno.
 - Hospitalización, sólo productos de las secciones 1ª y 3ª del catálogo.
 - Urgencias, se entrega, si el producto está en stock, excepto si ya tiene uno y no lo ha devuelto.

Necesitas saber que:

- Las ortopedias no pueden gestionar las prestaciones ortoprotésicas directamente.

- Es imprescindible comunicar al paciente la obligación de devolver el producto (sillas, andadores y bastones).
- Es necesario entregar el listado de Gabinetes con convenio (sin aconsejar ninguno).

Normativa Prestación Ortoprotésica

Estatal

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Orden de 30 de marzo de 2000 y Orden de 19 de julio de 2001 por la que se actualiza la composición del Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica.

Autonómica

- Decreto 195/1998 de 13 de octubre, por el que se regula la prestación ortoprotésica.
- Resolución de 9 de Noviembre de 1998 del Servicio Andaluz de Salud por la que se regula la organización de la prestación y el procedimiento para acceder a los productos del Catálogo General de Ortoprotésica.
- Resolución de 15 de abril de 1999, del Servicio Andaluz de Salud, por la que se habilita el procedimiento de reintegro de gastos en la prestación ortoprotésica en determinados supuestos.
- Orden de 7 de febrero de 2001, por la que se actualiza el Catálogo General de Ortoprotésica.

Transporte Sanitario

- Lo prescribe el/la facultativo/a, sólo por causas médicas que imposibiliten el desplazamiento del paciente por sus medios (excepto en largos tratamientos hospitalarios). Las altas se dan al domicilio o a otro hospital.
- Puede prescribirse en: CCEE (con la entrega del P-100 en Centralita); Hospitalización y Urgencias (con la entrega del P-100 en Admisión de Urgencias).

Necesitas saber que:

- Para pacientes no andaluces el traslado corre a cargo de la empresa de transporte sanitario de su CCAA.
- Para pacientes de mutuas, o no cubierto por la SS, el traslado corre a cargo de su aseguradora.
- Para paciente de la zona de referencia con prescripción a otro hospital por facultativo de otro centro, el transporte corre a cargo del centro prescriptor.
- Nunca se admite traslado en taxis.

Normativa Transporte Sanitario

- Resolución de 31 de Julio de 1995, del Servicio Andaluz de Salud, por la que se ordena el Transporte Sanitario, en el mismo.

Visado de medicamentos

- El informe y la receta los emite el/la facultativo/a, quien debe realizar el informe clínico con diagnóstico, indicación (Anexo I), pauta de administración y duración del tratamiento.
- El visado debe formalizarlo el/la paciente, con el informe clínico del facultativo, en el área de Gestión del Usuario.

Necesitas saber que:

- El período de validez del informe, es el indicado para la duración de tratamiento, de un año como máximo.
- Respecto al 'uso compasivo', para indicación distinta de las autorizadas de un fármaco sometido a visado, en un paciente aislado fuera de ensayo clínico, y cuando sea indispensable su uso, deben conocer el caso y dar su autorización el/la propio/a facultativo/a, el/la responsable de Farmacia y la Dirección Asistencial o de Centro de nuestros hospitales.
- Las recetas de mutuas no se visan.
- El visado no autoriza la prescripción de un número de envases distinto al legal.
- En pacientes de 'especial control médico', la prescripción y control se hace desde el hospital.

Limitaciones:

- El número de envases máximos por receta es uno (excepto en diagnóstico hospitalario que puede ser de cuatro máximo, si no superan los tres meses de tratamiento).
- El tiempo máximo de tratamiento visado es tres meses.
- No se visan recetas con plazo de validez agotado (10 días desde prescripción).
- Nutrición enteral: 48 envases máximo.

Normativa Prestaciones Farmacéuticas

- Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.
- Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, regula la selección de los medicamentos a efectos de la financiación por el Sistema Nacional de Salud cuando son prescritos y dispensados a los pacientes no hospitalizados.
- Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados.

- Real Decreto 945/1978, de 14 de abril, sobre participación de los beneficiarios en el precio de productos farmacéuticos.
- Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos no financiados por la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad.
- Decreto 159/1998, de 28 de julio, que regula la prestación de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Otras Gestiones relacionadas con el Área de Gestión del Usuario

- El/la responsable del área de Admisión y Gestión del Usuario suministrará al/a facultativo/a la información necesaria sobre estos temas:
 - Cargos a terceros
 - Partes de lesiones
 - IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo)
 - Sifco (sistema de financiación comunitario)

3. Derechos del paciente

3.1 Carta de derechos y deberes del paciente

Derechos y deberes de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos de Andalucía, a partir de la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, publicada en BOJA núm. 74, de 4 de julio.

Los derechos de los/las usuarios/as del Sistema Sanitario son:

- Recibir atención sanitaria en condiciones de igualdad, sin que pueda ser objeto de discriminación por razón alguna, respetando su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- Que se le ofrezca la atención, las prestaciones y servicios sanitarios disponibles que se consideren necesarios para cuidar su salud.
- Recibir información en lenguaje comprensible usted, sus familiares o allegados de todo lo relacionado con su proceso, incluyendo diagnóstico, tratamiento, pronóstico, tiempo previsible de estancia en caso de ingreso y alternativas de tratamiento.
- Recibir información de los servicios y prestaciones sanitarias a las que puede acceder y de los requisitos necesarios para su uso.
- Que se le ofrezca información sobre los programas de prevención y promoción de salud que se realicen en su centro de atención primaria.
- Que se le informe sobre aspectos de salud colectiva de especial interés, incidencia o riesgo.
- Que se le reciba de forma personalizada a su llegada a un centro sanitario y, en especial en el ámbito hospitalario, a que se le informe de todas las cuestiones que puedan hacer más comfortable su estancia.
- Recibir información clara y comprensible ante tratamientos, procedimientos quirúrgicos y pruebas diagnósticas que entrañen riesgos, antes de la obtención de su consentimiento por escrito.
- Conocer, y autorizar previamente y por escrito la actuación, cuando los procedimientos que se le realicen vayan a ser utilizados en un proyecto docente o de investigación que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud.
- Elegir entre las opciones que le presente su médico/a, así como negarse a cualquier intervención sanitaria, salvo en los supuestos legales establecidos (riesgo para la salud pública, incapacidad y exigencia de actuación urgente ante riesgo de lesión irreversible o peligro de fallecimiento).
- Estar acompañado/a por un familiar o persona de su confianza en todo momento del proceso de atención sanitaria, siempre que las circunstancias clínicas lo permitan.
- Que se mantenga la confidencialidad de toda la información relacionada con su atención en cualquier centro sanitario; así como acceder a los datos personales obtenidos durante la misma.

- Que quede constancia escrita o en soporte técnico adecuado de su proceso, guardando la información en su historia clínica. La información, que deberá ser al menos única por institución sanitaria, incluirá estado de salud y evolución, así como pruebas y tratamientos que recibe.
- Acceder a su historia clínica, mediante los procedimientos establecidos.
- Recibir un informe de alta al finalizar su estancia en una institución hospitalaria, al dar por finalizada la consulta en atención especializada, y al alta en urgencias.
- Que se extienda un certificado acreditativo de su estado de salud.
- Que se le asigne un médico/a y un centro de atención primaria para atenderle, si bien puede optar por elegir otro profesional y centro.
- Elegir médico/a de familia y pediatra entre los existentes en su municipio, y también entre el resto de los médicos/as del Distrito Sanitario al que corresponda el domicilio.
- Elegir médico/a especialista para consultas, cuando a juicio de su médico/a de familia o pediatra precise ser atendido por uno de ellos, así como a recibir atención por el mismo especialista durante su proceso.
- Elegir Hospital, dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, si se encuentra pendiente de una intervención quirúrgica.
- Disponer de una segunda opinión médica sobre su proceso, en los términos en que esté establecido.
- Conocer el nombre y la función de los profesionales que le atienden.
- Ser intervenido quirúrgicamente dentro del plazo establecido en la normativa vigente para cada uno de los procedimientos en el Sistema Sanitario Público.
- Recibir atención sanitaria en un tiempo adecuado según el proceso, así como a que se le ofrezca información sobre los plazos de respuesta en consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas para los diversos procesos.
- Disponer de la Carta de Derechos y Deberes en todos los centros sanitarios. También tiene derecho a presentar reclamaciones y sugerencias y a recibir respuesta en los plazos establecidos.
- Participar en el sistema sanitario público a través de los Consejos de Salud de Área y mediante la representación correspondiente de las Asociaciones de Consumidores y Usuarios y a expresar su opinión a través de los diferentes modelos de investigación social, así como a recibir información de las medidas de mejora que resulten de todo ello.
- Que se realicen todas las acciones oportunas que, junto a la atención a su proceso, tengan como fin reducir y paliar el sufrimiento y el dolor tanto en aquellas situaciones críticas como ante el proceso de la muerte, de acuerdo con el máximo respeto a la autonomía, la integridad y la dignidad humana.
- Que se tengan en cuenta las voluntades anticipadas, manifestadas mediante el procedimiento establecido.
- Que se mantenga la confidencialidad de la información de su genoma y que no sea utilizada para ningún tipo de discriminación. También tiene derecho a obtener las ventajas derivadas de la nueva tecnología genética disponible y conforme al marco legal vigente.
- Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación, conforme al desarrollo de las mismas en los servicios sanitarios, con criterios de accesibilidad, seguridad y continuidad.

Los deberes de los/las usuarios/as del Sistema Sanitario son:

- Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población, así como las de los servicios sanitarios, conforme a lo establecido.
- Mantener el debido respeto a las normas establecidas en el centro, así como al personal que presta sus servicios en el mismo.
- Responsabilizarse del uso de los recursos y prestaciones ofrecidos en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de los servicios, las prestaciones farmacéuticas, las ortoprotésicas y los procedimientos de incapacidad laboral.
- Cuidar las instalaciones y colaborar en su mantenimiento.
- Cumplir las normas y requisitos administrativos de uso y acceso a las prestaciones sanitarias.
- Firmar, en caso de negarse a las actuaciones sanitarias, el documento pertinente en el que quedará expresado con claridad que el paciente ha quedado suficientemente informado y que rechaza el tratamiento sugerido.

3.2 Nuevos derechos de los pacientes:

Voluntad Vital Anticipada (también conocida como 'Testamento Vital')

¿Qué es la Declaración de Voluntad Vital Anticipada?

Es el derecho que una persona tiene a expresar, con antelación y por escrito, sus deseos y preferencias respecto a las actuaciones sanitarias de las que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que, llegado el momento, carezca de capacidad para decidir por sí misma.

¿Quién puede hacer la Voluntad Vital Anticipada?

Toda persona mayor de edad o menor emancipado que esté en disposición de decidir con arreglo a sus convencimientos y preferencias, así como las personas incapacitadas judicialmente, siempre y cuando la sentencia de incapacitación no se lo impida y estén en situación de capacidad en el momento de formalizar su Declaración.

¿Dónde puede tramitarse?

En los distintos puntos de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, en el caso de los hospitales de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, y dado que se requiere, según la legislación vigente, personal funcionario para dar entrada en el registro a dichas solicitudes, no se podrá llevar a cabo este registro. Por ello, los profesionales sanitarios deberán dirigir a los pacientes interesados al Centro de Salud más cercano a su domicilio donde sí se podrá llevar a cabo este trámite. Los interesados, deberá acudir personalmente.

¿Qué se necesita para hacerla?

El DNI o pasaporte y los impresos pertinentes, disponibles en todos los centros sanitarios públicos de Andalucía y en la página web de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Igualmente, si se nombran representante/s y éstos no permiten la consulta de sus datos a través del sistema de verificación de identidad, entonces el interesado deberá aportar una copia compulsada del DNI de los representantes.

¿Cómo se hace la declaración?

Debe solicitarse en el teléfono de Salud Responde (902 505 060), donde informarán sobre la oficina del Registro más próxima al domicilio del interesado, a la que éste debe acudir con la documentación arriba descrita. El personal sanitario andaluz tiene obligación de facilitarle información sobre las Voluntades Vitales Anticipadas. Si el paciente lo desea, puede solicitar a un profesional sanitario que le ayude en el proceso.

¿Se puede/n nombrar representante/s?

Cada persona puede nombrar un representante para que decida en su nombre, así como un sustituto de dicho representante. Es necesario que ambos den su consentimiento por escrito en un documento de aceptación.

¿Cuánto tiempo tarda en tramitarse y entrar en vigor?

Si la documentación está completa y cumple todos los requisitos, será efectiva desde el momento en que se inscriba en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas.

Puede solicitarse una copia de su declaración, así como un certificado de haberla realizado.

¿Los profesionales sanitarios andaluces pueden consultar las declaraciones inscritas en otras Comunidades Autónomas y en otros países?

Actualmente, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha puesto en marcha un Registro Nacional de Instrucciones Previas (<http://www.msc.es/ciudadanos/rnip/home.htm>) que recoge al respecto: Normativa, Preguntas frecuentes y Registro Autonómicos de las distintas comunidades sobre instrucciones previas (voluntad vital anticipada).

¿Puede cambiarse la Voluntad Vital Anticipada?

Sí. Puede rehacerse, modificarse o cancelarse en cualquier momento. Sólo deben seguirse los mismos pasos que para el registro de la Declaración: llamar a Salud Responde para obtener una cita en el Registro u obtenerla por Internet.

¿Quién tiene acceso a ese documento?

Solo el médico a cuyo cargo se encuentre el paciente en el momento en el que sea necesario consultar su declaración.

¿Cuándo se accedería a dicha declaración?

Sólo cuando el médico deba tomar una decisión, y el paciente no pueda decidir por sí mismo. El médico está obligado a consultar el registro en esos casos.

¿Cómo el médico puede solicitar Datos sobre el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía (RVA)?

Todos los facultativos médicos que desempeñan su labor en Andalucía están habilitados para la consulta del Registro. Dicha consulta puede efectuarse llamando al teléfono de Salud Responde y siguiendo las indicaciones al respecto de los profesionales de ese servicio.

¿Cuándo se aplicará la Voluntad Vital Anticipada?

Mientras el paciente tenga capacidad suficiente para comunicar sus preferencias, el personal sanitario tendrá en cuenta lo que éste diga en ese momento, no lo escrito en la Voluntad Vital Anticipada.

La Voluntad Vital Anticipada sólo se llevará a cabo en aquellas situaciones en las que el paciente no pueda tomar decisiones sobre sus cuidados o tratamientos sanitarios por encontrarse inconsciente, en coma o simplemente incapaz de decidir.

Destacar:

- El documento de Voluntad Anticipada no tiene validez legal plena si no queda inscrito en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.
- Una vez su Voluntad Anticipada queda registrada, se incorporará un acceso desde la historia clínica para que el personal sanitario pueda consultarla cuando sea necesario y garantizar que los deseos y preferencias del paciente sean respetados.
- Si el estado de salud del paciente no le permite desplazarse hasta el punto de Registro, una persona responsable de dicho Registro acudirá a su domicilio o centro sanitario para que el paciente pueda realizar su Declaración. Para ello debe comunicarse la petición a Salud Responde, cuando se solicite la cita.
- La Voluntad Anticipada no debe incluir, dado que no será tenido en cuenta por el personal sanitario, la petición de actuaciones sanitarias contrarias a la ley, (Ejemplo: "Quiero que me hagan la eutanasia"), o de actuaciones que no estén clínicamente indicadas (Ejemplo: "Quiero que me pongan todo tipo de

tratamientos disponibles para mantenerme con vida, incluso aquellos que no hayan demostrado su utilidad o sean experimentales”).

Normativa de Voluntad Vital Anticipada

- Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
- Real Decreto 124/2007 de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- Decreto 238/2004 de 18 de mayo, por el que se regula el registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.
- Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del pacientes.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Libre elección de médico especialista y hospital

¿Qué es?

Es el derecho que tienen los usuarios a elegir médico especialista y hospital público, en Andalucía, donde quiere ser asistido.

¿Quién puede ejercerlo?

Los usuarios de los servicios sanitarios que, a juicio de su médico de Atención primaria, precisen ser atendidos por médicos especialistas.

¿Cómo se realiza?

El médico de familia o pediatra orientará a sus pacientes en la elección de especialista, facilitándoles la información necesaria para que puedan decidir.

La elección deberá mantenerse durante todo el proceso y, en casos de procesos de larga duración, por un periodo mínimo de doce meses.

No es posible elegir varios facultativos para el mismo proceso.

Normativa Libre elección de médico y centro

- Decreto 60/99, de 9 de marzo, sobre libre elección de médico y pediatra.

- Orden de 27 de febrero de 2002, por la que se establece la efectividad del carácter individual de la libre elección de médico y su gestión por la base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Orden de 9 de junio de 1999, de la Consejería de Salud, por la que se regula el procedimiento para la libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la comunidad autónoma de Andalucía.

Libre elección de Centro para Intervención Quirúrgica

¿Qué es?

Es el derecho que tienen los usuarios a elegir hospital público, en Andalucía, donde quiere ser intervenido.

¿Quién puede ejercerlo?

Los usuarios que se encuentren pendientes de ser intervenidos quirúrgicamente y estén incluidos en AGD.

¿Cómo se realiza?

El propio usuario lo solicita en Salud Responde: 902 50 50 60.

Segunda Opinión Médica

¿Qué es?

Es el derecho que tienen los usuarios a obtener una segunda opinión médica, mediante un informe emitido por un equipo de facultativos expertos obtenido como consecuencia de la solicitud realizada al SSPA.

¿Cuándo se puede solicitar?

- Cuando el proceso asistencial objeto de la segunda opinión médica se refiera a las enfermedades indicadas en la normativa.
- Cuando el proceso asistencial haya sido diagnosticado previamente en Centros propios, o en centros concertados con la Consejería de Salud o el Servicio Andaluz de Salud.

¿Quién y en qué circunstancias puede solicitarlo?

La solicitud puede ser realizada por el paciente, sus familiares, pareja de hecho, personas allegadas, sus representantes legales o por la persona en quien expresamente delegue el usuario, y sólo **tras el diagnóstico de una enfermedad de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente la calidad de vida o tras la propuesta de tratamiento con elevado riesgo vital**, una vez que el proceso diagnóstico se ha completado, que no requiera tratamiento urgente y siempre que se encuentre en alguna de las circunstancias recogidas expresamente en la norma.

Circunstancias clínicas para solicitar Segunda Opinión:

- Confirmación diagnóstica de enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo del sistema nervioso central, de una enfermedad neoplásica maligna, excepto cánceres de piel que no sean melanoma.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en todas las neoplasias malignas, incluyendo cánceres de piel, tanto al inicio, como a la recidiva o en el momento de aparición de metástasis.
- Propuesta terapéutica para enfermedad coronaria avanzada de angioplastia múltiple o simple frente a cirugía cardíaca coronaria convencional.
- Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a revascularización transmiocárdica con láser, neoangiogénesis o trasplante.
- En cardiopatía congénita con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.
- Confirmación diagnóstica de tumoración cerebral o raquimedular.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor idiopática o no idiopática.
- Confirmación de diagnóstico de enfermedad rara. Se entenderá por enfermedad rara: aquella enfermedad con peligro de muerte o invalidez crónica, incluidas las de origen genético, que tiene una prevalencia baja, es decir, menor de cinco casos por cada diez mil habitantes.
- Confirmación diagnóstica de Parálisis cerebrales infantiles.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en Epilepsia refractaria a tratamiento.
- Confirmación de intervención quirúrgica en los casos de accidentes cerebrovasculares y lesiones tromboembólicas arteriales como alternativa a otro tratamiento.
- Confirmación diagnóstica o de alternativas terapéuticas sobre patologías oftálmicas que provoquen disminución de la agudeza visual óptima igual o inferior a 0,1 bilateral (Escala de Schnellen) o disminución del campo visual bilateral hasta ser igual o inferior a 10°.
- Confirmación de alternativa terapéutica quirúrgica en el aneurisma de aorta.
- Confirmación de alternativas terapéuticas quirúrgicas en Cardiopatía isquémica.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías de la columna vertebral con afectación medular y, en su caso, afectación radicular que afecte gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes procedimientos:
 - Reapertura de sitio de laminectomía.
 - Otra exploración y descompresión del canal espinal.
 - Excisión o destrucción de lesión de médula espinal/meninges espina.
 - Excisión o destrucción de disco intervertebral no específica.
 - Artrodesis vertebral.
 - Refusión vertebral.
 - Fusión vertebral circunferencial, acceso con incisión única.
 - Inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomático.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías del aparato locomotor que comprometa gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes procedimientos:
 - Sustitución total de cadera.
 - Sustitución total de rodilla.

- Confirmación de alternativas terapéuticas en pacientes incluidos en protocolo de trasplantes.

¿Cómo se realiza?

Mediante la cumplimentación del modelo de solicitud, disponible en todos los centros sanitarios o administrativos dependientes de la Consejería de Salud y del SAS, en los centros concertados y en las web de la Consejería de Salud.

Sólo se podrá realizar una única vez en cada proceso asistencial.

La solicitud deberá ir acompañada de la documentación preceptiva y contener los datos imprescindibles a aportar por el paciente o solicitante.

Errores habituales en la interpretación de estos derechos:

- La Libre Elección de Especialista no es una interconsulta entre especialistas. Este derecho sólo se inicia desde Atención Primaria.
- El derecho a una Segunda Opinión Médica no es una Libre Elección de Especialista.
- La Libre Elección de centro para Intervención Quirúrgica no otorga el derecho a la elección de especialista para la intervención.
- No se tiene derecho a una Segunda Opinión en cualquier proceso. Sólo en los indicados en la norma.
- No es posible archivar una copia del registro de voluntad vital anticipada en la historia clínica del paciente.

Normativa Segunda Opinión Médica

- Decreto 127/2003 de 13 de mayo por el que se establece el ejercicio del Derecho a la Segunda Opinión Médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Orden de 24 de agosto de 2004, que desarrolla el anterior Decreto.
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

Cuadro-Resumen

DERECHO A:

SE SOLICITA EN:

Libre elección de Médico especialista y Hospital	Su Centro de Salud, cuando su médico de Atención Primaria decida su derivación a médicos especialistas.
Libre elección de Centro para intervención quirúrgica	Salud Responde 902 50 50 60. Una vez inscrito en AGD
Segunda Opinión Médica	Cualquier Centro Sanitario o Administrativo dependiente de la Consejería de Salud
Voluntad Vital Anticipada	Salud Responde 902 50 50 60 solicitud de cita en su Delegación de Salud, a la que acudirá personalmente.

3.3 Derechos y deberes de los pacientes en materia de autonomía información y documentación clínica

Según el Art. 2.6. 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*.

“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”.

Derecho a la información asistencial

- Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley.
- La información se proporcionará, por regla general, verbalmente, dejando constancia en la Historia Clínica. Comprenderá como mínimo la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. Será verdadera y se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades de manera que le ayude a decidir libre y voluntariamente entre las opciones clínicas disponibles.
- El médico responsable del paciente garantizará el cumplimiento de este derecho. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial también serán responsables de informarle.
- No obstante, este derecho podrá limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, entendiéndose por éste la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. En tal caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la Historia Clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Derecho a no ser informado

- Además, el paciente tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informado. En tal caso, se hará constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

El titular del derecho a la información asistencial

- El titular del derecho a la información será el paciente. También podrán ser 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.
- Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho

El respeto a la autonomía del paciente: Consentimiento informado

- Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesitará de su consentimiento libre y voluntario.
- El consentimiento se obtendrá después de que el paciente reciba una información adecuada (*Ver apartado **Derecho a la información asistencial***).
- El paciente tendrá derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles.
- Por regla general, el consentimiento será verbal. Se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, y en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- En este último caso, el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la siguiente información básica:
 - a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
 - b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
 - c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
 - d) Las contraindicaciones.
- El paciente tendrá derecho a rechazar el tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su renuncia al tratamiento constará por escrito.
- El paciente podrá revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento. Dicha revocación constará por escrito.
- No obstante, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

En la Intranet corporativa de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, en el apartado de 'Documentación Clínica', hay disponible un Catálogo de Formularios de Consentimiento Informado descargables, que pretende facilitar a todos los profesionales el proceso de información al paciente, o usuario, en la obtención de su consentimiento para el desarrollo de la práctica clínica.

<http://nosotros/sitios/soporte/documentacionclinica/Paginas/Consentimientos.aspx>

Historia Clínica

- 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.
- La Historia Clínica será el instrumento destinado, fundamentalmente, a garantizar una adecuada asistencia sanitaria al paciente.
- Comprenderá, con criterios de unidad y de integración, el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, es decir, el conjunto de documentos que contengan datos, valoraciones e información sobre la situación y la evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial.
- Incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.
- Los pacientes tendrán el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o de salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
- La cumplimentación de la Historia Clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella. Los documentos clínicos se identificarán correctamente con los datos del paciente y demás profesionales que hayan intervenido durante el proceso.
- Los profesionales sanitarios tendrán el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso

asistencial de los pacientes. Será responsabilidad de los profesionales que intervengan en la asistencia del paciente el velar por la seguridad, confidencialidad y conservación de las Historias Clínicas que se encuentren fuera del Archivo.

Para ello, a continuación se ofrecen unas recomendaciones sobre manejo, uso y traslado de las Historias Clínicas:

- El buen uso y custodia durante su utilización en la asistencia al paciente es responsabilidad del profesional que las maneja.
- Tras la asistencia al paciente, es importante su devolución al Archivo Clínico.
- Hay que notificar al Archivo Clínico tanto la renovación de los préstamos como el traspaso del paciente (por tanto de la HC) de una Unidad a otra, para establecer su trazabilidad y, por tanto, conocer su ubicación en todo momento.
- Se debe realizar un uso continuado de sacas precintadas para velar por la confidencialidad de los datos.

Derecho de acceso a la Historia Clínica

El paciente tiene derecho a acceder a la documentación de su Historia Clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Este derecho no podrá 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 del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

3.4 Otros derechos y garantías

Prestaciones sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía

¿Quién tiene derecho a las prestaciones sanitarias?

La Ley de Salud de Andalucía, en su artículo 3, contempla que tienen derecho a las prestaciones y servicios de salud, tanto individual como colectivamente, los siguientes:

- Los españoles y los extranjeros residentes en cualquiera de los municipios de Andalucía.
- Los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación vigente.
- Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios, que se suscriban por el Estado Español y les sean de aplicación.
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las Leyes, los Tratados y Convenios, suscritos por el Estado Español.

Igualmente se garantiza a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencias".

¿Cómo se accede a las prestaciones sanitarias?

Los ciudadanos residentes en Andalucía con derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, necesitan la Tarjeta Sanitaria de Andalucía para acceder a sus servicios sanitarios, documento de identificación individual y personalizado que se solicita en los Centros de Salud.

Las personas no residentes en la Comunidad Autónoma, acreditan su derecho a la asistencia sanitaria pública con la Tarjeta Sanitaria que le ha sido facilitada en su lugar de residencia, con la Tarjeta Sanitaria Europea o formulario de acreditación que se contemple en la normativa por la que se reconoce su derecho a la asistencia sanitaria.

La Tarjeta Sanitaria permite además elegir personalmente al médico general o al pediatra, aporta un número único de Historia Clínica para el acceso a sus datos clínicos en cualquiera de los centros sanitarios públicos, el cambio de médico, rapidez en la obtención de citas, Oficina Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Libro de sugerencias y reclamaciones de la Junta de Andalucía

El Libro de Sugerencias y Reclamaciones de la Junta de Andalucía se creó como instrumento para facilitar la participación de los ciudadanos, para que cualquier persona natural o jurídica que, en sus relaciones con la Administración Autónoma, considere que ha sido objeto de desatención, tardanza o cualquier otra anomalía, consecuencia de supuesto mal funcionamiento de los Servicios, pueda denunciarlo en el correspondiente Libro de Sugerencias y Reclamaciones, donde también podrá

formular cuantas sugerencias estime oportunas en orden a mejorar la eficacia de tales Servicios.

La persona que pretenda formalizar una denuncia o sugerencia podrá hacerlo:

- De la manera tradicional, rellenando las hojas autocopiativas del Libro en el Centro directamente afectado (si existiera) y, en todo caso, en el disponible en el registro general de la Delegación Provincial de la que dependa, o bien, con carácter general, en el de la Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía o en el de la Consejería de Justicia y Administración Pública.
- A través de internet, rellenando el formulario electrónico (http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/C_17_Procedimiento_de_reclamacion/Procedimiento_reclamacion?idioma=es&perfil=ciud&tema=/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/C_17_Procedimiento_de_reclamacion/&contenido=/channels/temas/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/C_17_Procedimiento_de_reclamacion/Procedimiento_reclamacion&desplegar=/temas_es/C_2_DERECHOS_Y_GARANTIAS/).

Normativa del Libro de Sugerencias y Reclamaciones

- Decreto 262/1988, de 2 de agosto. Establece el Libro de Sugerencias y Reclamaciones. BOJA 73, de 17-9-1988.
- Orden de 2 de mayo de 1989. Instrucciones en relación con el libro de sugerencias y reclamaciones. BOJA 39, de 19-5-1989

Derechos de los Niños y las Niñas en lo referido a la Salud

Las niñas y los niños hospitalizados tienen necesidades especiales por su edad y su madurez. Con el fin de proteger esas necesidades cuando no hay más remedio que ingresarlos en centros hospitalarios, el Parlamento Europeo aprobó en 1986 la Carta Europea sobre Derechos de los Niños Hospitalizados, que adaptó la Junta de Andalucía en la Ley de los derechos y la atención al menor de la Comunidad andaluza.

Esta carta contempla 23 derechos del niño y la niña que recogen, entre otros, su necesidad de estar el máximo tiempo posible en compañía de sus seres queridos durante la hospitalización, su derecho a recibir información adecuada a su edad sobre su tratamiento médico y a ser tratado por profesionales cualificados que le dispensen la comprensión que necesita.

También son derechos de los niños y niñas permanecer hospitalizados junto a otras niñas y niños, con espacios en los que puedan recibir formación escolar y jugar, contando además con materiales didácticos y juguetes adecuados a su edad.

Normativa relativa a menores y salud

- DECRETO 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento.

- DECRETO 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.
- LEY 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor.

Medicamentos gratis para niños y niñas menores de un año

Las niñas y los niños andaluces con menos de un año tienen acceso gratuito a los medicamentos y productos sanitarios prescritos por su médico o médica de familia, o por su pediatra, importe que será asumido por la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Esta medida, pionera en España e incluida en el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, tiene como objetivo reforzar la protección de la salud en la primera infancia y ayudar a afrontar los gastos económicos derivados de la llegada de un hijo o una hija.

Para acceder a esta nueva prestación los bebés deberán ser identificados con la tarjeta sanitaria individual cuando acudan a su consulta de medicina de familia o pediatría. En caso de no disponer aún de la tarjeta, se puede utilizar el justificante de haberla solicitado o el documento de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria.

Los ciudadanos y ciudadanas tienen a su disposición el servicio telefónico Salud Responde (902 505 060) para resolver las dudas que pudieran surgirle sobre este nuevo derecho.

Normativa

- DECRETO 415/2008, de 22 de julio, por el que se garantiza a la población infantil menor de un año el derecho a la prestación farmacéutica gratuita del sistema sanitario público de Andalucía.

Examen de salud para mayores de 65 Años

El Examen de salud se incluye en el Decreto 48/2006, de 1 de marzo, de ampliación de medidas de apoyo a las familias andaluzas, generadas con el sentido de potenciar mejoras específicas en el Sistema Sanitario Público dirigidas a algunos colectivos más necesitados.

El "Examen de Salud para las personas mayores de 65 años" se constituye, de esta manera, en un plan de atención integral dirigido hacia la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, para las personas mayores de 65 años, residentes en Andalucía, y cuyo aseguramiento corresponda al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El objetivo principal del "Examen de Salud para las personas mayores de 65 años" es detectar precozmente los problemas de salud en personas mayores de 65 años que puedan constituir situaciones de riesgo e implantar las medidas de promoción y prevención que según los estudios disponibles mejoran la salud y la calidad de vida de nuestros mayores de 65 años, al mismo tiempo que aumentan el periodo libre de dependencia. Y queda definido por el conjunto de las actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, y establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados, para los mayores de 65 años en Andalucía.

Los Servicios de Atención Primaria son el punto de partida para el desarrollo de este plan, a través del trabajo coordinado de médicos de familia, enfermeras y el resto de los profesionales que trabajan en los centros.

Salud bucodental

La cartera de servicios de la sanidad pública andaluza incluye el cuidado de la salud bucodental con especial atención a niñas y niños, para garantizarles unos dientes sanos desde la infancia. Además la asistencia dental incluye medidas para facilitar a las personas con discapacidad física o psíquica una prestación efectiva.

- Orden de 11 de diciembre de 2007 , por la que se establece para el año 2008 la población con derecho a la prestación asistencial dental que regula el decreto 281/2001, de 26 de diciembre, y se fijan las tarifas aplicables a la contratación de los servicios (BOJA núm. 7, 10/01/08).
- Orden de 19 de marzo de 2002, por la que se desarrolla el decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la Prestación Asistencial Dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y ... (BOJA núm. 36, 26/03/02).
- Requisito para la habilitación de los Dentistas de Cabecera (Dentistas Privados) según la Orden de 19 de marzo 2002.
- Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años en la Comunidad Autónoma de Andalucía (BOJA núm. 150, 03/12/01).
- DECRETO 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma.

Aportación en medicamentos

Tras la aprobación por parte del Gobierno de la Nación del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se ha modificado el modelo de aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. De esta manera, el nuevo sistema de aportación, que ha entrado en vigor el 1 de julio se resume en la siguiente tabla:

	Activos	Pensionistas	
Afectados del síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica	0%	0%	
Perceptores de rentas de integración social	0%	0%	
Perceptores de pensiones no contributivas		0%	
Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación	0%		
Personas con tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional	0%	0%	
Renta < 18.000 € año	40%	10%	Límite máximo 8 €/mes
Renta ≥ 18.000 € < 100.000 € año	50%	10%	Límite máximo 18 €/mes
Renta ≥ 100.000 € año	60%	60%	Límite máximo 60 €/mes

El Real Decreto Ley establece un límite de aportación mensual para personas pensionistas en una horquilla variable que oscila entre 8 euros al mes y 60 euros al mes en función de la renta que tenga dicha persona. Si se supera esta aportación, la normativa española indica que la comunidad autónoma correspondiente reintegrará a la persona pensionista el exceso abonado, con "una periodicidad semestral".

En Andalucía, gracias a la implantación de un sistema informático propio de receta electrónica (receta XXI), los farmacéuticos conocen en el momento de la dispensación la aportación que cada paciente ha ido haciendo, de modo que las personas pensionistas no tienen que desembolsar más aportación que la estrictamente recogida en el Real Decreto Ley, es decir, no tienen que adelantar dinero para esperar que la administración se lo devuelva al cabo de seis meses.

Es importante mencionar que:

1. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de sus direcciones provinciales, que establece los requisitos documentales a presentar en cada caso. (Art. 1.2. del RD-Ley 16/2012 modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, creando un art. 3.bis que en su apartado 1)
2. El Instituto Nacional de la Seguridad Social es quien comunica a las administraciones sanitarias competentes el dato relativo al nivel de aportación que corresponde a cada usuario de conformidad con lo establecido en la normativa reguladora de las recetas médicas y órdenes de dispensación. (Art. 4.14. del RD-Ley 16/2012 modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, creando un art. 94 ter que en su apartado).

Si usted posee tarjeta del Sistema Sanitario Público de Andalucía, ha retirado medicación en otra Comunidad autónoma y necesita solicitar el reintegro, ha de

completar el modelo de solicitud (<http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/gasistencial/medicamentos/modsolicitud.pdf>) para ello y entregarlo en su centro de salud, junto con la hoja de información al paciente o fotocopia de la receta y el recibo de la oficina de farmacia donde le hayan realizado la dispensación.

Si usted es un paciente pensionista con tarjeta sanitaria de una comunidad autónoma que no es Andalucía para recibir el reintegro que, en su caso, le corresponda, le recomendamos que conserve la hoja de información al paciente o fotocopia de la receta y el recibo de la oficina de farmacia donde le hayan realizado la dispensación. Con esta documentación podrá dirigirse a su comunidad autónoma para solicitar la devolución que le corresponda.

Para cualquier aclaración pueden dirigirse tanto a la unidad de atención a la ciudadanía de su centro sanitario como a Salud Responde, a través del 902 505 060, o del correo electrónico saludresponde@juntadeandalucia.es.

Condición de asegurado y beneficiario a efectos de asistencia sanitaria

(Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud).

Este real decreto procede a regular la condición de persona asegurada y de beneficiaria de ésta a efectos del derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Junto a ello, se establece el procedimiento para el reconocimiento de la condición de persona asegurada y beneficiaria por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, regulándose igualmente el control y la extinción de dicha condición a efectos del derecho a la asistencia sanitaria pública.

Así, de conformidad con lo establecido en este real decreto y en las normas legales antedichas, todas las personas que ostenten la condición de aseguradas o de beneficiarias tendrán garantizada la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, la cual se hará efectiva por las administraciones sanitarias competentes mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

Esta regulación se completa con siete disposiciones adicionales que regulan supuestos especiales de prestación de asistencia sanitaria como son los relativos a los españoles de origen retornados y residentes en el exterior desplazados temporalmente a España, a la aplicación de reglamentos comunitarios y convenios internacionales, al convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, a los solicitantes de protección internacional, a las víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión y a las personas con discapacidad. Por último, la disposición adicional séptima recoge las particularidades de los regímenes especiales de Seguridad Social de funcionarios públicos, civiles y militares, gestionados por las mutualidades administrativas a quienes corresponde el reconocimiento de la condición de mutualista o de beneficiario de su colectivo protegido, conforme a su normativa especial.

Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

3.5 Informes Clínicos

Los profesionales sanitarios tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

En España el contenido básico de los Informes Clínicos, incluyendo los Informes de Alta, así como la obligatoriedad de su realización, está regulado mediante leyes y normas que los profesionales sanitarios deben conocer. Todo paciente, familiar o persona vinculada a dicho informe tiene derecho a recibirlo del centro o del servicio sanitario una vez finalizado el proceso asistencial.

Asimismo, los informes clínicos deben tener unos contenidos mínimos que se han definido en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, reseñando los elementos imprescindibles y deseables de dicho documento, y que pueden agruparse en datos referentes al propio documento, al Centro, a datos administrativos del paciente y a datos referidos al proceso asistencial.

Informes de alta hospitalaria

Concretamente, en el caso de los informes de alta hospitalaria, los datos que el personal facultativo debe recoger en el documento, referidos al apartado 'Datos del Proceso Asistencial' son:

- ✓ Motivo de ingreso
- ✓ Antecedentes personales
- ✓ Historia actual
- ✓ Exploración física
- ✓ Resumen de pruebas complementarias
- ✓ Evolución y comentarios
- ✓ Diagnóstico principal
- ✓ Otros diagnósticos
- ✓ Procedimientos
- ✓ Tratamiento

Normativa

- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora básica de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE nº 225 de 16 de septiembre de 2010.

4. Actuación del facultativo ante:

4.1 Sucesos de repercusión mediática

Dentro del trabajo de información y divulgación de la salud, existe un ámbito que afecta también a la tarea del/la facultativo/a, como son los medios de comunicación. Dada la especial repercusión e impacto de éstos en la sociedad, la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir dispone de un Área de Comunicación, que es la que dirige y facilita la transmisión de información y el contacto entre ellos y sus profesionales. En este sentido, es importante destacar:

- Los medios de comunicación pueden interesarse por el estado de salud de pacientes en situaciones especiales. Ante esta circunstancia, hay que derivar siempre el asunto a los superiores inmediatos e informar de ello al Área de Comunicación, sin hacer declaraciones previamente a los medios. Especial atención requiere el ingreso e información del estado de salud de personas relevantes o conocidas por la opinión pública.
- Debemos recordar que dentro de nuestras obligaciones se encuentra velar por el cumplimiento de la ley de protección de datos común a todos los ciudadanos, así como otras leyes como la de protección del menor que impide tomas imágenes, fotográficas o audiovisuales, en las que se reconozca al menor. Ni siquiera contando con la previa autorización escrita de los progenitores. En este sentido, los medios de comunicación deberán cumplimentar una solicitud de toma de imágenes y un consentimiento informado -disponibles en la Intranet corporativa-, para fotografiar o grabar dentro de las dependencias hospitalarias, a profesionales o usuarios de nuestros centros hospitalarios, previa autorización de los mismos.
- No se podrá realizar ningún contacto con los medios de forma institucional sin la previa gestión de dicha área. En caso contrario, será responsabilidad del profesional que lo lleve a cabo, no siendo respaldado en sus declaraciones por la organización.
- En caso de posibles crisis (accidentes internos o externos, peligros de salud pública, catástrofes, atención a personas relevantes o conocidas por la opinión pública, fallecimiento de pacientes en causas sin concretar, agresiones u otras situaciones especiales) poner la situación en conocimiento del Área de Comunicación y esperar instrucciones.
- Con la intención de sacar en los medios de comunicación información importante para la ciudadanía (nuevos servicios, premios de profesionales, resultados y/o balances de actividad, etc.), contactar con el Área de Comunicación, que establecerá las acciones oportunas en su relación con los medios.
- En la tarea de educar en salud y reforzar la participación ciudadana, la organización viene realizando un contacto continuado con los medios de comunicación (prensa, radio, televisión e internet), para lo que se requiere la colaboración de los/as facultativos/as en los mensajes de salud, a través de noticias, entrevistas y fotografías, entre otras.

4.2 Alertas de Salud Pública

Cuando un facultativo de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir detecte en algún paciente una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) deberá seguir un procedimiento específico de la organización que detalla cómo deben notificarse las alertas en Salud Pública. En resumen, dicho documento establece que:

- 1) La declaración debe realizarse tan pronto se sospeche la situación o enfermedad a declarar, a través del 'Modelo de notificación de alerta', que debe de cumplimentarse en todos sus apartados por el facultativo a cargo del/la paciente.
- 2) Esta notificación se transmite de la forma siguiente:
 - En horario laboral (de 8h. a 15h., de lunes a viernes, excepto sábados, domingos y festivos), al Servicio de Medicina Preventiva del hospital.
 - Fuera del horario laboral (de 15h. a 8h., de lunes a viernes, sábados, domingos y festivos) al/a Jefe/a de la Guardia o Responsable de la Guardia, quien la comunicará al teléfono de alertas en Salud Pública 902 22 00 61 con carácter urgente, y al Servicio de Medicina Preventiva al día siguiente hábil. Finalmente, el facultativo responsable del/la enfermo/a, rellenará el impreso de declaración de EDO, si corresponde, y lo enviará al Servicio de Medicina Preventiva.

4.3 Situaciones de repercusión judicial

- Qué hacer ante una citación como Testigo o Testigo-Perito

Un profesional sanitario puede ser citado para declarar como testigo sobre aquellos hechos sobre los que haya podido tener conocimiento en el desempeño de su puesto de trabajo o sobre cualquier otra cuestión.

Los deberes del testigo derivan del deber general que tenemos todos los ciudadanos de colaborar con la Administración de Justicia de acuerdo con lo dispuesto en el art. 117 CE y 17 de la LOPJ según los cuales *"todas las personas públicas y privadas están obligadas a prestar en la forma que la ley establezca la colaboración requerida por los Jueces y Tribunales en el curso del proceso."*

En este sentido el art.35 del Convenio Colectivo de la Agencia Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir establece como permiso retribuido en el apartado h. que *"El/la trabajador/a previo aviso y justificación, podrá ausentarse del trabajo con derecho a remuneración (...) Por el tiempo indispensable, para el cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público y persona (...). Se entiende por deber inexcusable aquel que está impuesto por una norma, o que pueda deducirse de la misma, y cuyo cumplimiento pueda generar responsabilidad, penal, civil o administrativa. (...)"*

Así, en la legislación (arts. 420 LEcrim y 292 LEC) se prevén la imposición de multas económicas a aquellos testigos que, debidamente citados, no comparecen.

Además, diremos que el profesional puede ser citado tanto en concepto de testigo como de testigo- perito que, a efectos prácticos le suponen las mismas obligaciones.

En este sentido, conviene aclarar que cuando el personal facultativo acude al Juzgado como perito de parte (cobrando honorarios por ello) la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir no considerará el día para acudir a esa cita como 'permiso retribuido'.

Para más información en la Intranet, apartado Gabinete Jurídico, [quisiera saber... diferencia entre testigo-perito y testigo.](#)

- Prueba pericial médica -

Para que un órgano judicial pueda designar a un facultativo como perito de designación judicial en unas actuaciones judiciales es necesario haber solicitado formar parte del listado de peritos conformado anualmente por el respectivo Colegio profesional, en este caso por el Colegio de Médicos, al que pertenezca el facultativo en cuestión.

También, se puede ser perito a instancia de parte, es decir, cuando una de las partes del proceso requieran la intervención del profesional en calidad de perito.

Perito, en definitiva, es aquella persona, que no siendo parte en el proceso judicial, elabora un informe a solicitud de alguna de las partes o del propio Juzgado sobre un hecho para cuyo conocimiento son necesarios determinados conocimientos técnicos. Por lo tanto, su participación es voluntaria, y sólo podrá tener lugar si no existe ninguna otro impedimento legal que establezca una incompatibilidad entre la actividad profesional ordinaria del facultativo en la sanidad pública y su participación en el proceso judicial.

La prueba pericial en el ámbito médico se solicitará cuando se necesario un juicio basado en los conocimientos y la práctica médica, en este sentido la prueba puede o bien acordarse por el propio Juzgado o bien puede solicitarse por las partes que intervienen en un proceso y debe aprobarse la realización de la misma por el órgano judicial.

En este sentido, la citación como perito por parte del órgano judicial se hará normalmente a través de un telegrama o de una notificación escrita remitida por correo, con el correspondiente acuse de recibo.

El informe destinado a una prueba pericial tienen como finalidad autenticar una situación o hechos, delimitar daños en las cosas o lesiones en las personas. Difiere en este sentido al informe que se puede solicitar fuera de la pericial y que se describe en el apartado siguiente.

El art. 1242 del Código Civil establece que solo se podrán utilizar este medio de prueba (pericial) cuando para apreciar los hechos sean necesarios o convenientes conocimientos científicos, artísticos o prácticos. El objeto sirve para fijar unos hechos o averiguar su naturaleza a través de determinados conocimientos científicos y será admisible siempre que se considere conveniente o necesario.

También la Ley de Enjuiciamiento Criminal regula en los artículos 456 y siguientes los aspectos relativos al informe pericial.

-Solicitud de certificado o informe médico-

Certificado médico

Por certificado médico se entiende aquel informe médico por escrito, redactado por un médico en un impreso oficial, donde consten los datos personales y el estado de salud del solicitante constatado en el momento de la petición, destinado a producir efectos ante un tercero y con el objeto de dar fe del dato médico. Los certificados dan a conocer hechos ciertos y siempre se extienden a petición de la parte interesada (paciente o quien éste autorice).

Informe médico

Por informe médico se entiende aquel documento mediante el cual el médico responsable de un paciente o que lo ha atendido en un determinado episodio asistencial da a conocer varias cuestiones científicas relacionadas con el/los trastorno/s que sufre, los métodos diagnósticos y terapéuticos aplicados y, si procede, las repercusiones funcionales que se puedan derivar.

Cuando este informe incluye la expresión "CERTIFICO", se considera jurídicamente un certificado médico y se entiende que el médico emisor tiene interés en otorgar un plus de garantía y compromiso de certeza a su contenido, a la vez que prevé que será conocido por terceros ajenos al paciente.

Características comunes

Las características comunes de los certificados médicos y de los informes médicos son principalmente los siguientes: incorporan datos personales y de salud y persiguen acreditar ante un tercero un estado de salud o relatar un proceso asistencial.

El informe médico no exige ningún formalismo en el tipo de soporte material.

La petición de certificado médico se efectúa porque el ordenamiento jurídico refiere su necesidad de presentación por parte del ciudadano para optar a determinados servicios y actividades o acreditar situaciones civiles destacadas (nacimiento, defunción, discapacidad, estado psíquico, entre otros).

La petición del informe médico suele estar motivada por distintos motivos de orden legal y de interés particular del solicitante, como su presentación en procedimientos de separación, de guarda y custodia de menores, de solicitud de incapacidades o invalidez, de continuación de baja laboral, o en cualquier otro tipo de procedimiento judicial (por ej. accidente de tráfico) por secuelas (no hay que confundir estos informes con los informes periciales).

El certificado médico sirve para dar fe de un estado de salud actual y contemporánea que se constata en la fecha de petición y expedición del documento. El informe médico sirve para dejar constancia de un estado de salud (quizá cronológicamente anterior a la fecha de petición), sin estar limitada su vigencia al tiempo.

Emitir certificados o informes médicos no da derecho a retribución económica a los médicos de la Sanidad Pública, que están obligados a emitirlos como integrados en el concepto de prestación sanitaria y, por consiguiente, formando parte de sus obligaciones laborales.

La privacidad del contenido de los certificados médicos y de los informes médicos exige que exclusivamente se puedan emitir a petición o previa autorización de la persona a la que se refieren los datos personales y de salud a incorporar, o a requerimiento de un tribunal.

El médico que entregue alguno de estos documentos a persona no legitimada podría incurrir en la comisión de un delito de revelación de secretos, o incurrir en responsabilidad civil por vulneración del derecho a la intimidad, sin perjuicio de otras responsabilidades de tipo administrativo, disciplinario y deontológico.

- Cómo actuar ante una demanda, denuncia o querrela

Ante la recepción de una demanda, denuncia o querrela interpuesta contra un trabajador de la Agencia Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir, éste **deberá informar inmediatamente al Gabinete Jurídico de la Agencia** con el objeto de que, además de facilitarle apoyo jurídico en el caso concreto, pueda realizar el control y las

actuaciones pertinentes para la defensa de los intereses de la organización sanitaria que puedan verse afectados.

El **Gabinete Jurídico** realizará los trámites de comunicación del siniestro a la compañía de seguros, en virtud de la póliza de responsabilidad civil suscrita con la Agencia.

Igualmente, si el trabajador tuviera asegurada la responsabilidad civil que se le reclama mediante un seguro particular o colegial, se recomienda que el trabajador comunique la existencia de la demanda, denuncia o querrela a su aseguradora en el plazo de siete días desde la recepción de la misma, de conformidad con el artículo 16 de la Ley del Contrato de Seguro.

La vía penal se suele utilizar en casos de fallecimiento o lesiones graves. Con ella se persigue la inhabilitación, cárcel para el profesional y además, normalmente, una indemnización. Debe iniciarse por medio de denuncia o querrela criminal.

- **Cómo dar parte al Juzgado de la asistencia sanitaria por lesiones**

El Decreto 3/2011, de 11 de enero, crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones, esto supone que, todos los partes al Juzgado de Guardia han de ser realizados con el mismo modelo normalizado, que proporciona información necesaria para facilitar la actuación judicial correspondiente.

La diversidad existente en los formularios utilizados para esta comunicación por parte de todos los centros y servicios sanitarios de nuestra comunidad autónoma, unido a la necesidad de incorporar las previsiones que, respecto a estas comunicaciones, recoge la normativa más reciente de protección de menores y de víctimas de violencia de género, hacía necesario establecer un modelo homogéneo que facilitara la comunicación correcta y homogénea en todo el territorio.

Este Decreto no modifica las circunstancias en las que debe emitirse un parte al Juzgado de Guardia, solo regula el modelo a utilizar en todos los centros y servicios sanitarios de Andalucía, sean públicos o privados.

Las causas para emitir un Parte al Juzgado son muy diversas, todas relacionadas con hechos que pudieran motivar una posible causa judicial.

- Hablamos de los accidentes, tanto los de tráfico (incluidos los atropellos) como los laborales, los domésticos, los producidos en otros ambientes o situaciones (escolar, deportivo, etc...), puesto que todos son susceptibles de propiciar una causa judicial posterior, siendo necesario que exista constancia de las lesiones que presenta la persona accidentada.
- También los casos de violencia de género, definidos como cualquier acto de violencia física o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las coacciones o la privación arbitraria de libertad, ejercidas sobre la mujer por

parte de quién sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

- También deben comunicarse aquellos casos de lesiones a personas como consecuencia de malos tratos, constatados o no, especificando si estamos ante menores de edad, personas ancianas, dependientes o si presentan alguna discapacidad.
- Las agresiones a personas, los incidentes producidos con animales con el resultado de lesiones, las intoxicaciones, también deben de recogerse en el Parte y trasladarlo a la Autoridad Judicial para su conocimiento.
- En los casos de fallecimientos por lesiones cuyo agente causal sea violento, así como en todos aquellos casos de fallecimiento que puedan motivar una posible causa judicial, deberá cumplimentarse también el parte al juzgado.

¿Cuándo debe cumplimentarse? Se cumplimentará tras la asistencia sanitaria inicial, por el facultativo o la facultativa responsable de esta atención.

¿Quién está obligado a cumplimentar el parte al Juzgado de Guardia? Es responsabilidad del facultativo o la facultativa responsable de la asistencia sanitaria inicial.

¿Hay algún plazo para remitir el parte al Juzgado de Guardia? Los centros y servicios sanitarios remitirán el original al Juzgado de Guardia, en un plazo nunca superior a veinticuatro horas desde la asistencia inicial; en aquellos casos cuya causa presumible sea violencia de género, maltrato o agresiones a personas, el parte al juzgado deberá comunicarse inmediatamente tras la asistencia sanitaria inicial, por cualquier medio que garantice la protección de los datos.

En el caso de maltrato a menores **¿es necesario hacer algo más?**

Para aquellos casos de lesiones en menores causadas presuntamente por maltrato, el personal responsable de la asistencia actuará de conformidad a lo establecido en la Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 11 de febrero de 2004, por la que acuerda la Publicación del texto integro del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía.

Así mismo, deberá cumplimentar la **Hoja de Detección y Notificación de Maltrato Infantil**, aprobada por [Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, de 23 de junio de 2006](#), de conformidad con lo establecido en el Decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.

En el caso de violencia de género **¿es necesario hacer algo más?**

Para los casos en que se aprecie o sospeche situación de violencia de género, el personal responsable de la asistencia aplicará el [Protocolo Andaluz para la Atención Sanitaria ante la Violencia de Género](#), en cumplimiento de la [Ley 13/2007, de 26 de noviembre](#), de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.

¿Es necesario llamar o comunicarse con alguna otra instancia?

En determinados casos, para la mejor protección de las personas, además de tramitar el parte de forma inmediata, puede ser necesario contactar telefónicamente con

carácter de urgencia con algún recurso o instancia específica, con el propio Juzgado de Guardia, con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Servicios Sociales, Teléfono de Información de la Mujer u otro. Para dejar constancia de estas actuaciones, existe un apartado específico en el parte dentro de "Observaciones".

Para acceder a los formularios y el resto de información relacionada con esta materia ver Intranet/apartado Gabinete Jurídico/ asistencial.

- **Cómo comunicar situaciones de violencia de género a la Fiscalía**

Esta Agencia dispone de un "**Protocolo de comunicación de situaciones de violencia de género por parte de los profesionales de la salud a la Fiscalía de Violencia de Género**" con el que se pretende establecer un cauce para dar cumplimiento a la obligación impuesta en el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal diferente del parte judicial que emiten los profesionales de la medicina.

Mediante esta forma de actuación se permitirá a la Fiscalía de Violencia sobre la Mujer iniciar una investigación del caso, y si lo considera pertinente, interponer desde esta instancia la denuncia para que se realicen las diligencias pertinentes de cara a abrir un proceso judicial.

La implicación del profesional será únicamente la de informar de un hecho delictivo del que ha tenido conocimiento por razones de su trabajo y, en caso de ser solicitado por la Fiscalía, aclarar estos datos, pero no tendrá por objeto entrar a formar parte del proceso judicial (en caso de que este sea iniciado por la fiscalía)

Este tipo de comunicación no requiere que la mujer dé su consentimiento. Se trata únicamente de la obligación del profesional de comunicar un posible hecho delictivo pero no tiene carácter de denuncia.

En este sentido el artículo 11.2. d) de la Ley Orgánica de Protección de Datos dispone que podrán comunicarse a un tercero los datos de carácter personal sin consentimiento del interesado cuando el destinatario de la comunicación sea el Ministerio Fiscal.

El protocolo al que se ha hecho referencia alcanza a todos los **profesionales distintos de la medicina** que lleguen a detectar situaciones de malos tratos, o para aquellos profesionales que por cualquier razón no pueda emitir el parte judicial.

Hechos que deben ser comunicados:

Deberán notificarse los hechos conocidos que, presumiblemente, pudieran constituir un acto de violencia física o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad, ejercida sobre la mujer por parte de quien sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

Procedimiento:

- **El personal facultativo** de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir que detecte en el desempeño de su trabajo una situación susceptible de ser comunicada de

acuerdo a lo dispuesto en el apartado anterior deberá emitir el Parte Judicial existente a tal efecto.

- **El resto del personal**, redactará un informe clínico/social en el que ponga de manifiesto la situación detectada, a fin de remitirlo a la Fiscalía de Violencia de Género. El citado informe se deberá redactar cumplimentando el modelo denominado **Anexo A** y que se encuentra incluido en el citado protocolo, y al mismo se acompañará copia de todos los documentos que estén en poder del profesional.

Una vez realizado el informe, el propio profesional que lo suscribe cumplimentará el denominado **Anexo B** del citado protocolo si el centro está en Jaén, y el **Anexo C** si el centro está en Córdoba, y **hará entrega** de todos los documentos, **de la forma más rápida posible, al Responsable de Gestoría del Usuario del Centro** quien será encargado de remitirlo a la Fiscalía por correo certificado y guardar una copia de todo lo remitido.

Igualmente el profesional informará a sus superiores jerárquicos de la tramitación de todo lo anterior.

El Responsable de Gestoría del Usuario remitirá las comunicaciones a las siguientes direcciones:

En Jaén: A/A del Fiscal Jefe de Jaén C/Arquitecto Berges, 16 CP 23007 (Jaén).
En Córdoba: A/A del Fiscal Jefe de Córdoba Plaza de la Constitución nº 4 CP 14004 (Córdoba).

- **Cómo actuar en caso de agresiones a los trabajadores**

En el supuesto de que exista un incidente en el centro de trabajo, en el cuál un trabajador sea agredido por un tercero ajeno a la empresa, seguirá el siguiente protocolo de actuación:

1. El profesional afectado deberá inmediatamente solicitar el **auxilio de los vigilantes de seguridad de la empresa**, y de los compañeros o jefe más inmediato.
2. Si la actitud violenta persiste, se procederá a alertar a las **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado**
3. En el supuesto de que la **agresión tenga un resultado lesivo**, deberán acudir los trabajadores:
 - Al **Servicio de Urgencias del Hospital**: ante una lesión grave - que no admita demora - producido fuera de la jornada laboral de mañana (8:00 a 15:00 h).
 - A la **Unidad de Medicina Preventiva**: para el resto de lesiones – que admita demora-en horario de jornada laboral de mañana.
4. Exista o no resultado lesivo, el trabajador o su superior jerárquico podrán activar la **Mesa de Actuación Urgente (M.A.U.)** rellenando el *protocolo* dispuesto en la Intranet de la empresa y remitiéndolo a la dirección mau@ephaq.es.
- 5.- En cualquier caso, y de forma inmediata, desde el Gabinete Jurídico y el Área de Prevención de Riesgos Laborales se pondrán en contacto con el trabajador agredido a fin de realizar un estudio de la agresión desde el punto de vista de sus respectivas competencias.

6. A la mayor brevedad posible, una vez activada la M.A.U., se citará a la persona agredida para que comparezca ante la mesa y ponga de manifiesto todo lo sucedido acerca del incidente, procediéndose a la valoración del mismo, recabando todos los informes y documentación necesaria, y **poniendo en marcha todas aquellas medidas de actuación** que sean pertinentes desde el punto de vista legal, de prevención de riesgos laborales y recursos humanos.

Bibliografía

- Oficina de Atención al Usuario del SESCAM. Área de Atención al Usuario y Calidad Asistencial. Manual para la Información y Atención al Usuario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; [2010].
- Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut. Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2010.
- Bimbela Pedrola JL. Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación. 5ªed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2005.
- Fundación Leucemia y Linfoma. Hablemos de consentimiento informado, historia clínica e instrucciones previas. Barcelona: ACV; 2010.
- La **Carta de Derechos y Deberes** de la ciudadanía en los servicios sanitarios públicos de Andalucía
- 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. núm. 274 (15 de noviembre 2002).
- Real Decreto 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. B.O.E. num. 17 (19 de enero 2008).
- La Declaración de Oslo sobre el aborto de la Asociación Médica Mundial (Oslo 1970) y sus sucesivas revisiones hasta la última de Pilanesberg (Sudáfrica) de 2006
- Guía para hacer la Voluntad Vital Anticipada, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Sevilla, 2012).
- Guía de Ética Médica Europea de 1987
- Tratado por el que se establece una Constitución para Europa
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 2/1998, de salud de Andalucía
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción del embarazo (BOE núm. 55. Jueves 4 de marzo de 2010)
- Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre de Autonomía del Paciente
- Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 15/1982, de 23 de abril.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 160/1987.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica de Menor.
- Convención de Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989.
- Ley Orgánica, 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
- Convenio Colectivo de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (2009-2010)

- Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley del Código Civil.
- Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
- Decreto 3/2011, de 11 de enero, crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones.
- Hoja de Detección y Notificación de Maltrato Infantil, aprobada por Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, de 23 de junio de 2006.
- Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 11 de febrero de 2004, por la que acuerda la Publicación del texto integro del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía.
- Protocolo Andaluz para la Atención Sanitaria ante la Violencia de Género, en cumplimiento de la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos.
- Real Decreto 1720/2007, 21 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la LO 15/1999, 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.
- Protocolo de comunicación de situaciones de violencia de género por parte de los profesionales de la salud a la Fiscalía de Violencia de Género.
- Orden de 11 de diciembre de 2008, por la que se desarrolla el sistema de hojas electrónicas de quejas y reclamaciones establecido en el Decreto 72/2008, de 4 de marzo, por el que se regulan las hojas de quejas y reclamaciones de las personas consumidoras y usuarias en Andalucía y las actuaciones administrativas relacionadas con ellas
- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Pública y Procedimiento Administrativo Común.
- Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial.
- Recomendaciones para la elaboración de protocolos de atención sanitaria a personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Enero 2011.
- Artículo Doctrinal. "El Médico ante las transfusiones de sangre a los Testigos de Jehová" Fundación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- Extracto de la Sesión formativa convocada por la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la EASP de 15 de junio de 2010.
- Publicación sobre "La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en la ética y deontología" Mercedes Martínez León (Secretaria de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid) y José Rabadán Jiménez, Comisión de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid). Cuad. Bioét. XXI, 2010/2

- Artículo doctrinal "El derecho de las personas a una muerte digna". Juan Luis Beltrán Aguirre. Doctor en Derecho. Asesor Jefe del Defensor del Pueblo de Navarra. Publicación: Revista Aranzadi Doctrinal num. 5/2010 (Tribuna).Editorial Aranzadi, SA, Pamplona. 2010.
- Publicación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía "Ética y Muerte Digna". Depósito legal: SE-7033-2008. Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitaria
- Artículo Doctrinal. "Eutanasia y objeción de conciencia". Nueva Época. Vol. 9. 2008 (501-525). José Miguel Serrano Ruiz-Calderón. Profesor Titular de Filosofía del Derecho, Moral y Política Universidad Complutense de Madrid.
- Artículo Doctrinal. "La Ley 41/2002 (RCL 2002, 2650) básica sobre autonomía del paciente, información y documentación clínica". Javier Plaza Penadés. Profesor Titular de Derecho Civil. Universidad de Valencia Publicación:Actualidad Jurídica Aranzadi num. 562 (Artículo).Editorial Aranzadi, SA, Pamplona. 2002.
- Artículo Doctrinal. "La objeción laboral de conciencia en materia de aborto". BIB 1998\351. Luis Gabriel Martínez Rocamora. Publicación: Aranzadi Social vol. I (Presentación).Editorial Aranzadi, SA, Pamplona. 1998.
- Artículo Doctrinal. "La relación médico-paciente en situaciones de riesgo grave, de enfermedad invalidante e irreversible, y en el proceso del final de la vida: supuestos y respuestas bioéticas y jurídicas". BIB 2011\1277. Juan Luis Beltrán Aguirre. Doctor en Derecho. Asesor Jefe del Defensor del Pueblo de Navarra. Publicación: Revista Aranzadi Doctrinal num. 6/2011 (Tribuna).Editorial Aranzadi, SA, Pamplona. 2011.
- Artículo Doctrinal. "Comisión por omisión e imprudencia en la doctrina y la jurisprudencia, con especial referencia a las transfusiones de sangre a los testigos de Jehová". BIB 2009\453. Manuel Espinosa Labella. Magistrado de la Audiencia Provincial de Almería. Publicación: Revista Aranzadi Doctrinal num. 3/2009 (Estudio).Editorial Aranzadi, SA, Pamplona. 2009.
- Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.