

MANUAL DE ACOGIDA PERSONAL RESIDENTE



Departamento de Salud de Castellón

Junio 2025



GENERALITAT
VALENCIANA

ACI.
ARA.



CASTELLÓ
DEPARTAMENT DE SALUT

Con esta guía que ponemos a tu alcance, pretendemos facilitarte la información necesaria en los diversos aspectos que en tu incorporación al Departamento de Castellón pueden serte útiles.

Deseamos que estos años que pases con nosotros, te permitan adquirir una formación integral en tu especialidad. Te pedimos que dediques el máximo esfuerzo para atender con la mayor profesionalidad y afecto a todos los Ciudadanos que requieran tus servicios.

EL EQUIPO DIRECTIVO

Nota:

La información contenida en el presente documento salvo error u omisión, está actualizada a fecha: mayo de 2025

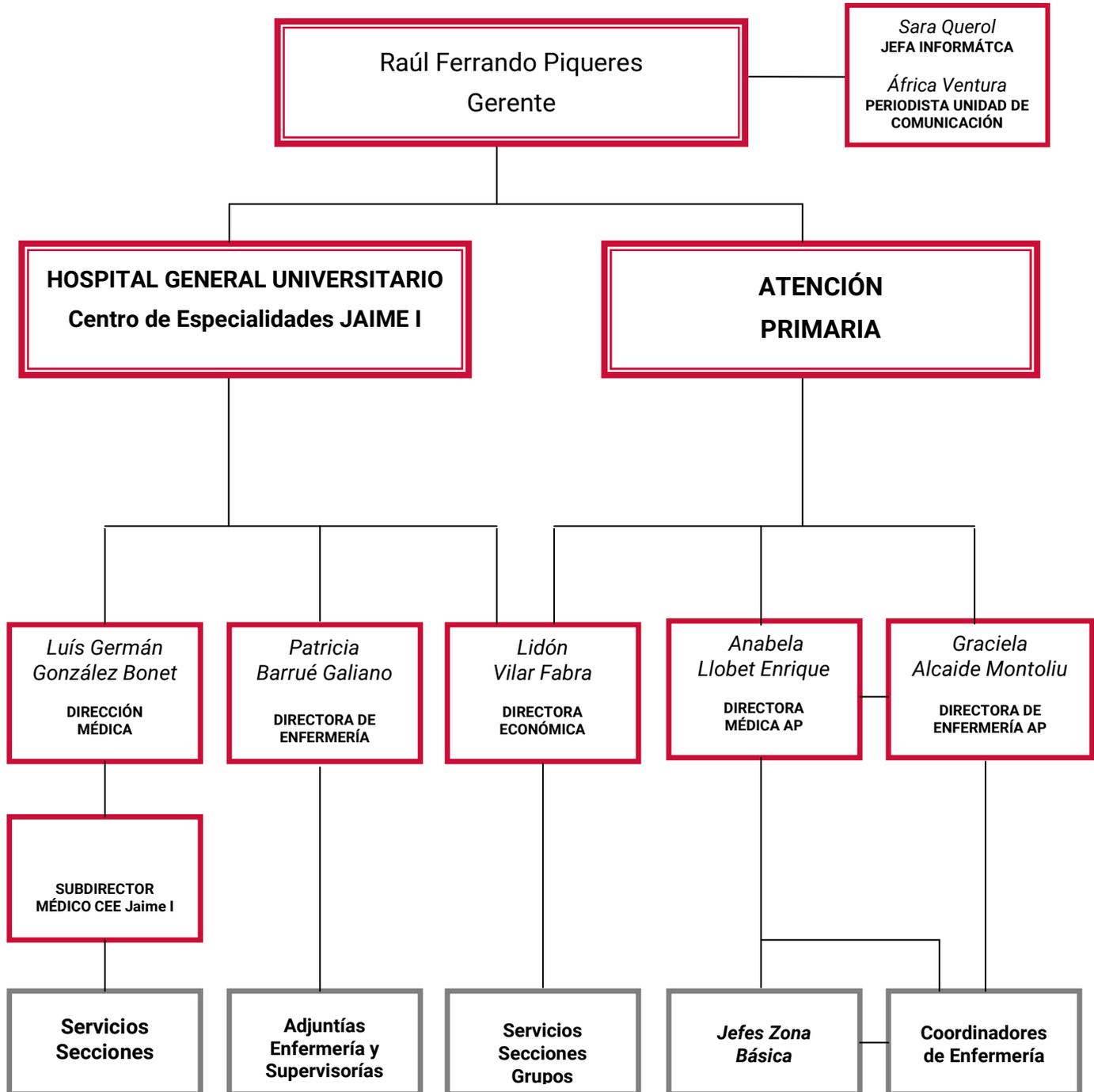
ÍNDICE

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL: Estructura organizativa.....	5
Organigrama funcional del Departamento de Salud de Castellón.....	5
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL: Descripción Departamento de Salud y Hospital	10
Distribución de camas Hospital General Universitario de Castelló	13
Centro de Especialidades Jaime I.....	15
COMISIÓN DE DOCENCIA.....	16
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL: Servicios de apoyo y complementarios.....	17
Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP)	17
Equipo coordinación trasplantes.....	17
Unidad de Trabajo Social	17
Unidad de Comunicación	17
CIBERCAIXA-Ciberaula.....	¡Error! Marcador no definido.
Voluntariado	¡Error! Marcador no definido.
Seguridad.....	18
Servicios funerarios	18
INFORMACIÓN PRÁCTICA: Comunicaciones, Servicios, Derechos y obligaciones del personal	19
Dirección y teléfonos.....	19
Correo electrónico	19
Aparcamiento.....	19
Cafeterías	20
Biblioteca Virtual	20
Salón de Actos	20
Guardias médicas.....	20
Vacaciones y permisos	20
Maternidad–Lactancia–Adopción	20
Enfermedad.....	20
Páginas web	20
PLAN DE AUTOPROTECCIÓN (EMERGENCIAS INTERNAS).....	21
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	22
Manual de acogida y notificación de riesgos, para cada categoría profesional.....	22
Derechos del trabajador/a	22
Obligaciones del trabajador/a	22
PLAN DE IGUALDAD DE LA CONSELLERIA DE SANITAT	23
DERECHOS DE PACIENTES	24
Tarjeta sanitaria y número SIP	24
Derecho a la intimidad de los pacientes y la confidencialidad (Ver Anexo VI)	25
El Consentimiento Informado	30
Guía de acceso a consentimiento informado de la Conselleria de Sanitat	33
Derecho a la libre elección de médico.....	38
DEBERES DE LAS PERSONAS.....	40
USO DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	41
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	46
1.- Sistema de información ambulatorio (SIA - ABUCASIS)	49
2.- IRIS (HIS – Sistema de Información Hospitalario)	50
3.- ORION CLINIC (OC).....	50

4.- MIZAR	52
5.- ORION RIS – PACS - GIMD	52
6.- GESTLAB/iGESTLAB.....	53
7.- PATWIN - ePAT.....	54
8.- DEIMOS (Triaje)	54
9.- ONCOFARM:.....	54
10.- HERA	54
11.- CONCERTS	54
12.- SINEA	54
13.- SISTEMA DE LLAMADA A PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS .	55
14.- LA CONSELLERIA DE SANIDAD IMPLANTA EL SERVICIO DE WIFI DE CORTESÍA.....	55
UTILIZACIÓN DE RECETAS MÉDICAS OFICIALES	56
SEGURIDAD DEL/DE LA PACIENTE.....	61
1. SINEA (Sistema de Información de Notificación de Eventos Adversos):.....	61
2. Listado de Verificación Quirúrgica de la OMS:.....	62
3. Infección Quirúrgica Zero:	63
4. Estrategia de la OMS sobre higiene de manos:	64
5. Vacunación adulta y personal sanitario:.....	65
6. EPIDEA (estudio de prevalencia de eventos adversos):	65
INVESTIGACIÓN	66
ANEXO I: MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	67
ANEXO II: CÓDIGO ÉTICO	68
ANEXO III: PROTOCOLO PARA ASEGURAR Y PROTEGER EL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE POR ALUMNADO Y RESIDENTES EN CIENCIAS DE LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN	71
1. OBJETO DEL PROTOCOLO	73
2. PRESENCIA DE ALUMNOS EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	73
2.1. Identificación Estudiantes.....	73
2.2. Derecho a la intimidad de los pacientes.....	74
2.3. Confidencialidad de los datos clínicos.....	76
2.4. Limitación número de alumnos por paciente	76
3. PRESENCIA DE RESIDENTES EN FORMACIÓN EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	77
3.1. Identificación de Residentes	77
3.2. Derecho a la intimidad de los pacientes.....	77
3.3. Confidencialidad de los datos clínicos.....	78
3.4. Limitación número de residentes por paciente.....	78
4. DIVULGACIÓN DEL PROTOCOLO	79
5. MARCO LEGAL Y NORMATIVO	79
6.	88
ANEXO IV: PROTOCOLO E INFORME SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y AGRESIÓN SEXUAL.....	89
ANEXO V: INFORME SOBRE PROTECCIÓN DE MENORES	98
ANEXO VI: FORMACIÓN ENFERMERÍA INTERNA RESIDENTE	99
1.-ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.....	99
2.-ENFERMERÍA OBSTÉTRICO GINECOLÓGICA (MATRONA)	100
3.-ENFERMERÍA DEL TRABAJO	102

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL: Estructura organizativa

Organigrama funcional del Departamento de Salud de Castellón





Alergología	J Sección	Ernesto Enrique Miranda
Análisis Clínicos	J Servicio	M ^a Ángeles Sánchez Herrero
	J Sección	Daniel García Ferrer
Anatomía Patológica	J Servicio	Rafael Lázaro Santander
Anestesiología y Reanimación	J Servicio	Laura Edo Cebollada
	J Sección	M ^a Jesús Arcusa Mon
	J Sección	José Luís Gómez Palones
	J Sección	Alfonso Bataller Vicent
	J Sección	Ricardo Carregui Tusón
Angiología y Cirugía Vasculat	J Sección	Salvador Martínez Meléndez
Aparato Digestivo. U. Endoscopia	J Servicio	Pedro Almela Notari
	J Sección	Marina Roldán Lafuente
Bloque quirúrgico	J Sección	José Poyatos Campos
Cardiología	J Servicio	Alejandro Bellver Navarro
UU. Electrofisiología y Hemodinámica	J Sección	Carlos Joaquín Soriano Navarro
Cirugía General y del Ap. Digestivo	J Servicio	José Manuel Laguna Sastre
	J Sección	Juan Gibert Gerez
	J Sección	David Martínez Ramos
	J Sección	Ángel A. Moya Herraiz
Cirugía Oral y Maxilofacial	J Sección	Francisco Soler Presas
Cirugía Ortopédica y Traumatología	J Servicio	José Poyatos Campos
U. Columna COT	J Sección	Xavi Margarit Martín
Cirugía Pediátrica	Responsable	Marta Olivares Muñoz
Dermatología	J Sección	Gerard Pitarch Bort
Documentación Clínica y Admisión	J Sección	Luis Herrero Cucó
Endocrinología y Nutrición	J Sección	Agustín Ángel Merchante Alfaro
Farmacia AP	Responsable	Amparo Barreda Aznar
Farmacia Hospitalaria	J Servicio	M ^a Dolores Bellés Medall
Hematología y Hemoterapia	J Servicio	Raimundo García Boyero
	J Sección	Marina Mas Esteve
Medicina Física y Rehabilitación	J Servicio	M Teresa Sabater Querol
Medicina Intensiva	J Servicio	Fernando Sánchez Morán
	J Sección	Bárbara Vidal Tegedor
Medicina Interna	J Servicio	Bernardino Roca Villanueva
	J Sección	Jorge Andrés Soler
U. Enfermedades Infecciosas	J Sección	Carlos Mínguez Gallego
Medicina Preventiva	Responsable	Mario Carballido Fernández
Microbiología y Parasitología	J Servicio	M ^a Dolores Tirado Balaguer
Nefrología	J Servicio	José Ramón Pons Prades
	J Sección	M ^a Angeles Fenollosa Segarra
Neumología	J Servicio	Margarita Marín Royo
	J Sección	Joaquín Torres Relucio
Neurocirugía	J Servicio	Oscar Cortés Andrés
Neurofisiología Clínica	J Servicio	José Vicente Orenga Orenga
Neurología	J Sección	Carlos Vilar Fabra
Obstetricia y Ginecología	J Servicio	Juan Antonio Serrano Fernández
	J Sección	Consuelo Badenes Monfort
	J Sección	Amparo Lozano Moreno

Odontología	Responsable	Joaquín Chillida Dols
Oftalmología	J Servicio J Sección	Francisco Ramos Martí Mercedes Moreno Moner
ORL	J Servicio	Marta Faubel Serra
Pediatría Consultas Externas UCIN/Neonatología Urgencias/UCIP Hospitalización	J Servicio J Sección J Sección J Sección J Sección	Ricardo Tosca Segura Natalia Molini Menchón Irene Centelles Sales Carolina González Miño Carmen Jovaní Casano
Prevención Riesgos Laborales – UP 1	Coordinador	Carmen Bellido Cambrón
Psiquiatría	Responsable	M ^a Asunción Pino Pino Aina Castillo Ramón
Radiodiagnóstico	J Servicio J Sección J Sección	Santiago Marco Domenech Susana de Lázaro de Molina Silvia Àmbit Capdevila
Reumatología	J Sección	Arantxa Conesa Mateos
Unidad de Sueño	Responsable	José Ortega Albas
Unidad Hospitalización Domiciliaria UHD	J Sección	Elisa Arnau Claramonte
Unidad Terapéutica Hiperbárica UTH	J Sección	Francisco Llopis Llopis
UrCOAP	Responsable	José Antonio Lluca Abellá
Urgencias y UCE	J Servicio	Federico Guerrero Jiménez
Urología	J Servicio J Sección	Miguel Rodrigo Aliaga Manuel Bosquet Sanz

DIRECCIÓN ENFERMERÍA
Patricia Barrué Galiano

RRHH Bloque quirúrgico (REA, Quirófanos, CMA, Esterilización) UCI Diálisis UTH	D. ^a Maribel Marco
Hospitalización (menos área hematología) Equipo volante UCIP / Neonatología Paritorio HDDP	D. ^a Inmaculada Castellet
Urgencias Radiología Farmacia CCEE UHD	D. Jesús Alijarde
Formación Investigación Calidad Acuerdos de Gestión Banco / Extracciones 1^oC Hematología HDD	D. Juan Bou Esteller
Recursos materiales Quirófanos REA CMA Esterilización	D. ^a Remedios Navarro
Centro de Especialidades Jaime I	D. ^a Marta Giner
RHB	D. Manuel Ávila Peñalver

Supervisoras/es generales

D^a. M^a Carmen Buendía Olivas.
D^a. Purificación Escrig Espuig
D. Marcelino Vázquez Pallarés
D.^a Sílvia Bombardó Grau

Supervisoras/es Unidades de Hospitalización

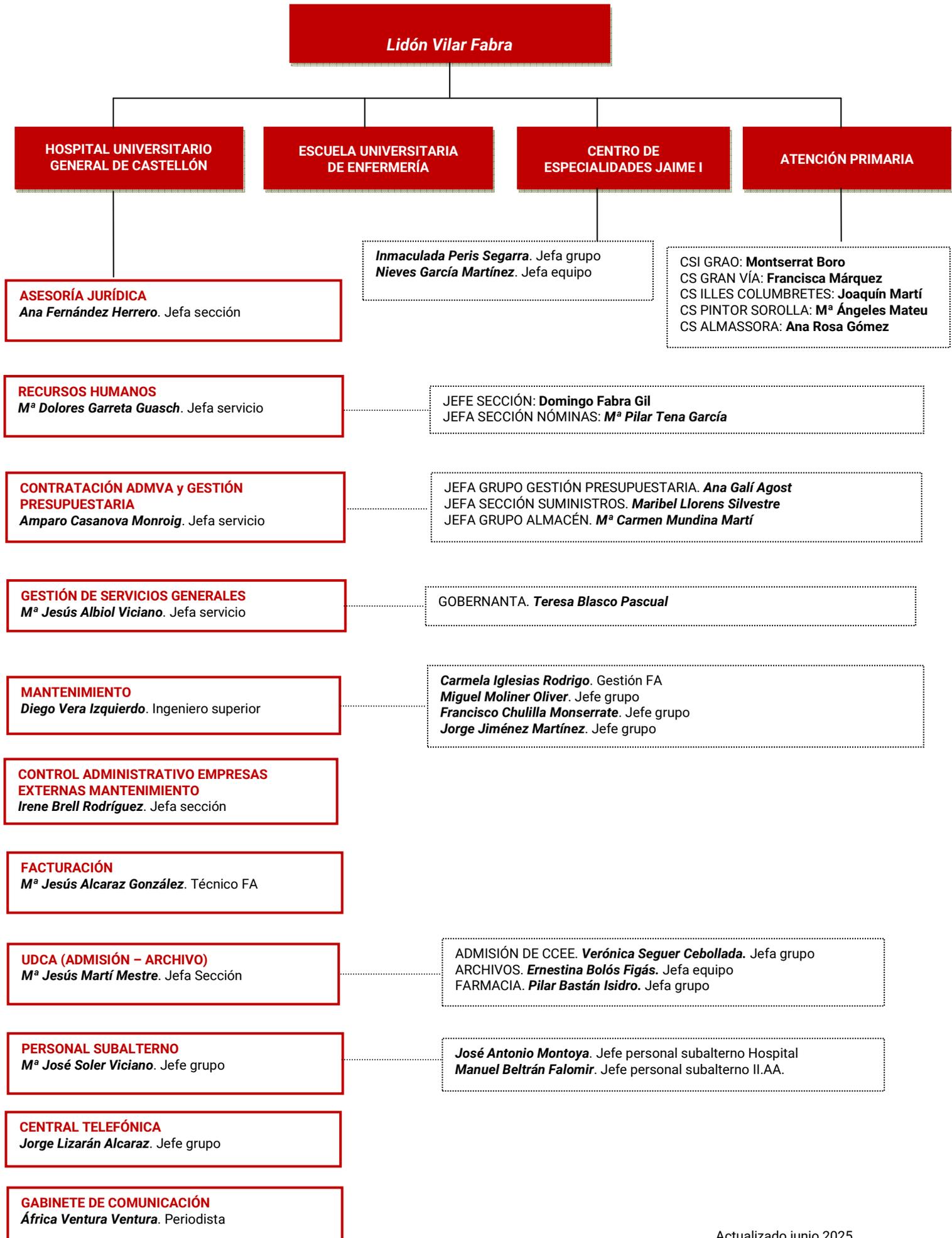
1C Hemat / Autotrasplante
1D Neurocirugía / UCE / Cardiología
2D Cardiología
2 Pediatría
3B CVA / Nefro/Reuma
3C Tocología / Ginecología
3D Obstetricia
4A Urología / Maxil·lofacial / ORL
4B Traumatología
4C Neurología
4D Digestivo / Medicina Interna
5A Cirugía
5B Cirugía
5C Neumología / Medicina Interna
5D Medicina Interna
6B Neumología

Rosa Lázaro Gil
Aurora Iranzo Martínez
Eugenia de Dios González
María Rosa Moreno García
M^a Isabel Sorni Gávila
Tamara Bono Colomer
Paula Pradells Irún
Cristina Villa Fernández
Ana Cristina Peidró Talens
Laura Felip Escuder
Marta Capdevila Ejarque
M^a Luisa Granero Pareja
M^a Avella Remolar Grifo
M^a Jose Remolar Quintana
María Gracia Pla Roses
M^a Ángeles Redón Bádenas

Supervisoras/es Servicios Centrales

Consultas Externas
Diálisis
Farmacia Hospitalaria
Hemodinámica
Laboratorio Hematología
Laboratorio Bioquímica
Laboratorio Microbiología
Neonatología/UCIP
Paritorios
Área quirúrgica
Área quirúrgica. Enf. responsable
Radiodiagnóstico
Rehabilitación
UCI
UHD
Urgencias

Fátima Lluch Bacas
Cristina Domenech Valero
Raúl Vallejo García
M^a Eugenia de Dios González
Trinidad Bellés Escrig
Daniel Hernández Pérez
Silvia Pallarés García
Andrés Hernández Carreras
--
Julia Arribas Fuertes
Susana Arce Delgado
Milagros García Bagán
Manuel Ávila Peñalver (Adjunto)
M^a Lledó Guillamón Gimeno
Olga Domingo Tomás
Mar Climent Gozalbo



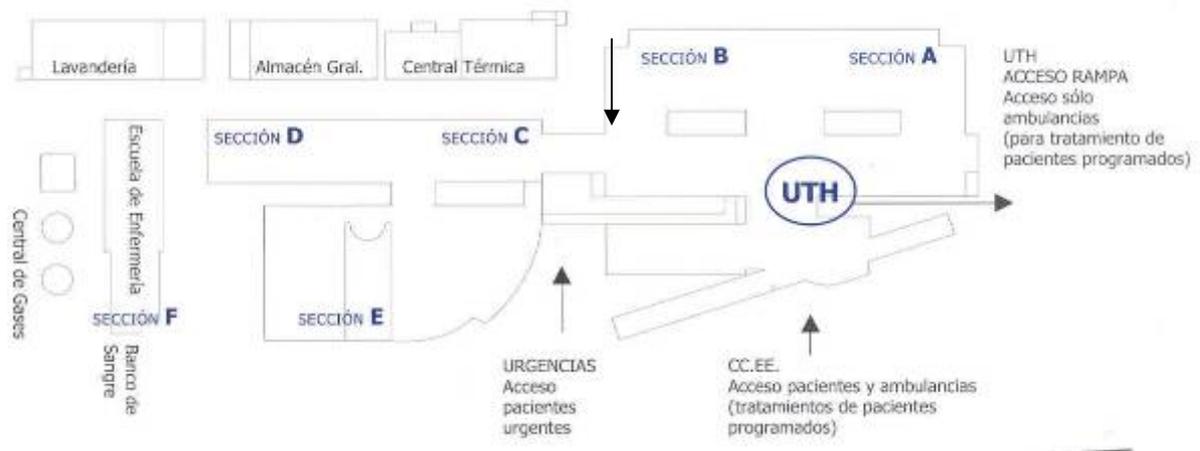
POBLACIÓN ASIGNADA DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN

ZONA	CENTROS	Hombres	Mujeres	TOTAL ZONA
1	CS ATZENETA	679	654	1333
	Benafigos	47	33	80
	Vistabella	146	120	266
	Xodos	34	32	
	Total			66
				1745
2	CS ALBOCASSER	1745	694	2439
	Benasal	529	467	996
	Culla	193	202	395
	La Serratella	18	25	43
	Torre d'en Besora	71	68	139
	Vilar de Canes	65	64	
	Total			129
				4381
3	CS ALCORA	5349	5363	10712
	La Foia	43	48	91
	Costur	240	226	456
	Figueroles	245	250	495
	Sant Joan de Moró	1647	1583	
	Total			3230
				14786
4	CS ALMASSORA	6911	7058	13969
	CSI PÍO XII	5744	5624	11368
	CS BARRANQUET	2122	2141	4263
	Total			29600
5	CS BENICASIM	8842	9181	18023
	CS OROPESA	5525	5496	11021
	Total			29044
6	CS BENLLOC	606	616	1222
	Sierra Engarcerán	414	386	800
	Torre d'en Doménec	74	77	151
	Vilanova d'Alcolea	279	261	
	Total			540
				2713
7	CS BORRIOL	2787	2792	5579
	CS SAN AGUSTIN	2249	2210	4459
	CS ILLES Colum.	11169	12083	23252
	CS Raval Universitat	3849	3637	7486
	Total			40776
8	CS PINTOR Sorolla	6475	6861	13336
	Cuadra Salera	1936	1945	3881
	Grupo Reyes	396	445	841
	Benadresa	396	385	781
	San Lorenzo	801	762	1563
	Total			20402

9	CS GRAN VÍA	5960	6356	12316
	CS 9 D'OCTUBRE	8129	9330	17459
	Total			29775
10	CS RAFALAFENA	9612	10519	20131
	Total			20131
11	CS FDO. CATOLICO	13354	14824	28178
	CS PALLETER	11305	11713	23018
	Constitución	3962	4457	
	Total			8419 59615
12	CSI GRAO Castello	7030	7012	14042
	Grao Castelló	2853	2808	5661
	Total			19703
13	CS LUCENA	706	742	1448
	Castillo Villamalefa	42	29	71
	Cortes de Arenoso	128	128	256
	Villahermosa	213	183	396
	Zucaina	90	81	
	Total			171 2342
14	CS VALL D'ALBA	1820	1638	3458
	Cabanes	1258	1205	2463
	La Pobla Tornesa	564	526	1090
	Les Useres	391	366	757
	Vilafamés	926	816	
	Total			1742 9510
15	CS VILAFRANCA	1100	1065	2165
	Ares	83	64	147
	Castellfort	76	78	154
	Total			2466
16	CS COVES Vinromà	994	955	1949
	Tirig	192	186	378
	Total			2327
17	CS TORREBLANCA	3388	3413	6801
	Ribera Cabanes	689	679	1368
	Total			8169
TOTAL (DICIEMBRE 2023)		147750	150962	298038

Distribución de camas Hospital General Universitario de Castelló

Hospitalización nº camas*	516
16 UU.HH adultos	389
2 UU.HH pediatría y neonatos	44
1 U. custodia hospitalaria	12
Intensivos adultos	21
Intensivos pediatría	12
Reanimación	5
Corta estancia (incluido 1D)	14
Urgencias	
Consulta de reconocimiento	16
Sala de curas	1
Sala urgencias vitales (1 adultos + 1 ped)	2
Sala de enfermedades infecciosas	1
Puestos de observación	39
Triage/Consulta rápida	3
Bloque Quirúrgico	
Quirófanos programados	12
Quirófanos urgentes	2
Obstetricia y Ginecología	
Paritorios	3
Quirófanos (Q14-Q15)	2
Hospital de Día	
Puestos H. Día Adultos	12
Puestos H. Día Pediátricos	12
Puestos Diálisis	24
Puestos CMA	23
Hospitalización Domiciliaria	21
Hospitalización Domiciliaria	42



El Hospital General Universitario de Castellón dispone de un **edificio anexo** (situado también en la Avda. Benicàssim, enfrente del centro sanitario) en el que se sitúan los servicios y unidades que tratan temas de Docencia, Formación, Calidad e Investigación, así como el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales o el de Intervención Delegada.



Centro de Especialidades Jaime I

El **Centro de Especialidades Jaime I**, depende orgánica y funcionalmente del Hospital General Universitari de Castelló. Está ubicado en un edificio compartido por las siguientes administraciones: Dirección Territorial, Atención Primaria del Departamento de Salud (Centro de Salud 9 d'Octubre y PAC), y el propio Centro de Especialidades, con el siguiente detalle:

5ª PLANTA	C. EE JAIME I Oftalmología/ Optometría/ Cardiología/Ecocardiografías/ Cirugía Vascul ar (consulta- enfermería)/ Digestivo (consulta-enfermería)/ Sala descanso Enfermería/ Vestuario	Lencería Ropero	DIRECCIÓN TERRITORIAL
4ª PLANTA	C.EE JAIME I SAIP/ Dermatología/ ORL/ Oximesa/ Neumología/ Espirometrías/ Odontología / Urología/ Dirección Médica/ Dirección Enfermería/ Médico Documentalista/ Endocrinología	C.EE JAIME I UDCA. Administración. Gestión Cita Previa. Oficinas	
3ª PLANTA	C.EE JAIME I Ginecología / Tocología / Ecos Tocoginecológicas	CENTRO DE SALUD 9 d'Octubre	
2ª PLANTA	C.EE JAIME I Radiología/ Traumatología/ Cirugía General/ Reumatología/ Neurología	Unidad de Odontología Preventiva Infantil	
1ª PLANTA	C.EE JAIME I Despacho celador Almacén	DIRECCIÓN TERRITORIAL	
PLANTA BAJA	C.EE JAIME I Información Cita Previa	DIRECCIÓN TERRITORIAL	Punto Atención Continuada (PAC TRULLOLS)
PLANTA SOTANO	C.EE JAIME I Archivo Instalaciones	DIRECCIÓN TERRITORIAL	Almacén Archivo

COMISIÓN DE DOCENCIA

La comisión de docencia es el órgano colegiado al que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades.

Composición actual de la Comisión de docencia:

Estructura	Miembros	Adscripción actual
Presidenta	D^a Flavia Pronzato Cuello	Servicio Pediatría Hospital General U. Castelló
Vicepresidente	D. Ricardo Tosca Segura	Jefe Servicio Pediatría Hospital General U. Castelló
Representante de la Comunidad Autónoma	D. Elias Aguilera Arzo	Inspección Médica. Dirección Territorial Sanidad Castellón
Representante de la Unidad Docente	D. José Baleriola Julvez	Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria
Representante de estudiantes grado UJI	D^a Elena Sorli Clemente	Servicio Oftalmología. Hospital General U. Castelló.
Representante de Subcomisión de enfermería Especializada	D^a Eva Arconada Sans	Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital General U. Castelló
Representante órgano de Dirección coordinador infraestructura asistencial	D. Raúl Ferrando Piqueres	Gerente Hospital General U. Castelló
Representante de Medicina del Trabajo	D^a Angelina Martín Herrera	Coordinadora Formación MIR Medicina del Trabajo
Representante CEIm (Comisión Ética de Investigación de Medicamentos)	D. Raimundo García Boyero	Servicio Hematología Hospital General U. Castellón
Representantes de los tutores	D. Sergio García Muñoz Bloque Servicios Centrales	Servicio Farmacia Hospitalaria Hospital General U. Castelló
	D^a Susana Altaba Tena Bloque Servicios Médicos	Servicio Medicina Intensiva Hospital General U. Castelló
	D^a Laura Granel Villach Bloque Servicios Quirúrgicos	Servicio Cir. Gral. Y Apto. Dig. Hospital General U. Castelló
	D^a Gloria Gil Grangel Bloque UDM Pediatría	Servicio Pediatría y sus AA.EE. Hospital General U. Castelló
Representantes de los Residentes	D. Aurelio Carrillo García Bloque Servicios Centrales. R2	Servicio Farmacia Hospitalaria Hospital General U. Castelló
	D. M^a Belén Minguenza Verdejo Bloque Servicios Médicos. R3	Servicio Cardiología Hospital General U. Castelló
	D. Juan Palomo Museros Bloque Servicios Quirúrgicos. R2	Servicio Cir. Ort. Y Trauma. Hospital General U. Castelló
	D^a Anna Mena Polo Bloque UDM Pediatría. R2	Servicio Pediatría y sus AA.EE. Hospital General U. Castelló
Vocales	D^a Ester Picazo Domingo	Servicio de Urgencias Hospital General Universitario Castelló
	D. Juan Bou Esteller	Adjunto Docencia Dirección de Enfermería.

La **secretaría de la Comisión** de Docencia está situada en la planta baja del edificio Docente, anexo al Hospital General. Teléfono de contacto 964 725000 (extensión: 454450). Correo electrónico: comisiondocencia_hguacs@gva.es. Más información en la página web de la Comisión de Docencia: <http://web20.castello.san.gva.es/cdocencia/>

TABLÓN DE ANUNCIOS – DOCENCIA – BUZÓN DE SUGERENCIAS

Existe un tablón de anuncios para Residentes situado junto a la puerta de acceso a la cafetería de personal (3ª Planta).

Junto a ellos se encuentra un buzón de sugerencias para recoger aquellos temas que los trabajadores de centro consideren de interés. Además de este tablón de anuncios físico existe uno en la página web del hospital, en el apartado de docencia.

También se pueden enviar las preguntas o sugerencias a la dirección de correo electrónico de la Comisión de Docencia: comisiondocencia_hguacs@gva.es

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL: Servicios de apoyo y complementarios

Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP)

El SAIP es la unidad responsable de atender e informar a los ciudadanos que utilizan el sistema público sanitario y tramitar las sugerencias, quejas o reclamaciones que los ciudadanos puedan realizar.

Está ubicado en el vestíbulo de la puerta principal, junto a Admisión de hospitalización.

Equipo coordinación trasplantes

Es el equipo encargado de gestionar el proceso de donación de órganos y tejidos en el Hospital General Universitari de Castelló. También gestiona toda la información acerca de la donación y trasplantes. El proceso de donación está recogido en un documento aprobado por la Comisión de Calidad Hospitalaria y es conocida por los miembros de todos los servicios implicados.

En diciembre de 2022, el Hospital General Universitari de Castelló inicia el programa de Trasplante Renal.

Teléfono de contacto: 441121 (24 horas)

Unidad de Trabajo Social

Atiende a pacientes y a familiares ante situaciones de desajuste social, informando, orientando y asesorando en la problemática social que plantea el paciente durante su proceso de enfermedad, realizando la gestión y aplicación de los recursos sociales existentes, y aportando al equipo médico los aspectos sociales.

Unidad de Comunicación

El Departament de Salut de Castelló cuenta con un Gabinete de Comunicación encargado de mediar en la relación entre profesionales y medios de comunicación social. Entre sus principales funciones se encuentran las de preparar contenidos informativos sobre las acciones más relevantes que se realizan en el entorno sanitario del Departamento, así como la gestión de los contenidos de la página web (www.castello.san.gva.es) y los perfiles en las redes sociales:

- Twitter: [@GVADepSalutCS](https://twitter.com/GVADepSalutCS)
- Facebook: www.facebook.com/GVADepartamentSalutCastello
- Flickr: www.flickr.com/depCS
- Youtube: www.youtube.com/HGUCS
- Instagram: [@gvasalutcastello](https://www.instagram.com/gvasalutcastello)

También es la unidad encargada de proteger los derechos de Intimidad y Propia Imagen de pacientes frente a los medios de comunicación, además de mantener la identidad corporativa e imagen para cualquier tipo de publicación institucional.

El Gabinete de Comunicación es también el gestor de la comunicación interna a través de las listas de distribución de información institucional de carácter interno por correo electrónico, Whatsapp y Telegram.

Contacto **África Ventura**

- Teléfono 964 725069 o el 659019522 (441003)
- Correo electrónico: prensa_hgcs@gva.es
- Whatsapp o Telegram: 659 019 522
- www.castellon.san.gva.es/comunicacion
- Ubicación: Planta baja, bloque E (junto a Dirección)

Seguridad

Existen vigilantes jurados las 24 horas del día. Pueden localizarse a través de la central de seguridad

ATENCIÓ



TELÈFONS SEGURETAT



659019575

441074

964725133

Teléfonos de Seguridad · Hospital

Servicios funerarios

Los trámites pertinentes se realizan a través de la persona encargada de turno de celadores.

INFORMACIÓN PRÁCTICA: Comunicaciones, Servicios, Derechos y obligaciones del personal

Dirección y teléfonos

Hospital General Universitari de Castelló

Avda. Benicassim, s/n
12004 Castelló

Centralita 964 72 50 00

Cita Previa 964 72 50 02

Personal 964 72 50 16

Web: www.castello.san.gva.es

Centro de Especialidades Jaime I

C/Trullols, 2 y 4
12001 Castellón

Información 964 399 500

Cita Previa 964 399 470

Identificación del personal

Todo el personal del Departamento de Salud de Castellón **tiene la obligación de llevar** en lugar bien visible su tarjeta identificativa, tanto en el hospital como en los distintos centros de salud. El **Servicio de Personal** gestiona esta identificación.



Correo electrónico

Todo el personal del centro tiene derecho a correo electrónico institucional (apellido_nombre@gva.es) y la **obligación de usarlo** para los temas relacionados con su trabajo en el Departament. Para obtenerlo, simplemente hay que solicitarlo a través del formulario al efecto que encontrará en: <http://castellon.san.gva.es/profesional/correo-corporativo>. El uso de las cuentas de correo corporativos garantiza el cumplimiento de las Políticas de Privacidad y tratamiento de datos de carácter personal (LOPD) en el intercambio de mensajería y archivos con datos protegidos, además sirve como medio de comunicación interna.

Puedes saber cómo configurarlo en tu teléfono móvil a través de los **tutoriales** que hemos creado al efecto

Listas de distribución de información interna

El personal del Departament de Salut tiene a su disposición varios canales para recibir la información y comunicación interna. Puede realizarlo a través de su correo electrónico, como se ha indicado en el apartado anterior, o a través de las listas de distribución a través de **Whatsapp** y **Telegram**.

Intranet Departament de Salut de Castelló – Portal del Empleado

En ella se encuentra la información de interés para el profesional. Sólo es accesible a través de los ordenadores de los centros sanitarios del Departament

Aparcamiento

Dentro del recinto hospitalario sólo pueden estacionar los vehículos autorizados, ambulancias y taxis. Para el resto del personal, visitantes, usuarios y pacientes, se encuentra en la parte posterior del hospital un aparcamiento subterráneo de 1.129 plazas. Para el personal sanitario, se han establecido unos bonos con tarifas especiales. Acuda al propio aparcamiento para conocer las tarifas y al Servicio de Personal para solicitar su inclusión en el listado de personal.

Cafeterías

Existen en el Hospital dos cafeterías, una situada en la primera planta, abierta al público, y otra en la planta 3ª A, próxima al salón de actos, de uso exclusivo para el personal del Hospital. El horario es de 7.30 a 16.00 y de 17.30 a 23.00 h. El personal facultativo de guardia tienen mesa reservada en la cafetería de la 3ª planta. Las comidas se sirven de 14.00 a 15.30 h y las cenas de 21.00 a 22.30 h

Biblioteca Virtual

La dirección virtual de la Biblioteca del centro sanitario, a la que puedes acceder a través de la web o en este enlace <http://castellon.san.gva.es/biblioteca> cuenta también con acceso a multitud de referencias bibliográficas de interés. **servicio en obras*

Salón de Actos

El Hospital General Universitari de Castelló cuenta con un salón de actos:

Planta 3ª A, con capacidad para 169 personas.

Vestíbulo principal. Salón reservado para comisiones y reuniones.

Guardias médicas

Habitualmente comienzan a las 15.00 h y finalizan entre las 8.00 o 9.00 horas, dependiendo de cada servicio. En la cafetería de la planta 3ª se servirá comida, cena y desayuno, con cargo al hospital; previamente deberá firmar la hoja que le entreguen en la cafetería.

Los dormitorios del personal facultativo de guardia se encuentran en el Edificio F fundamentalmente, pero en algunas especialidades se ubican en su propio servicio.

Las guardias del personal residente vienen reguladas en la **Circular 1/2009**. El texto íntegro de esta circular (última actualización mayo 2018) la tienes disponible en el Anexo V y en el sitio <http://172.18.246.226/exp/hgcs/organizacion/circulares.html> (acceso sólo desde la red sanitaria).

Vacaciones y permisos

Deberán comunicarse con suficiente antelación y con el modelo correspondiente a través del Portal App Departamento de Salud de Castellón. Todas las peticiones deben contar con el visto bueno de la Jefatura de Servicio, Sección o Unidad correspondiente y la autorización de la Dirección Médica.

Maternidad–Lactancia–Adopción

Los permisos y derechos establecidos para los trabajadores en general, en la legislación laboral y de la Seguridad Social.

Enfermedad

Toda ausencia por enfermedad ha de ser debidamente comunicada telefónicamente, o por cualquier otro medio fiable, a su responsable directo, tan pronto como sea posible. El **único documento válido** para justificar la ausencia del personal del DSCS a su puesto de trabajo, por motivo de enfermedad o accidente común será el documento P9 de BAJA MÉDICA que expide el correspondiente médico del Servicio Público de Salud (NRI 24-11-2011)

Páginas web

La **Conselleria de Sanitat**, en su página corporativa www.san.gva.es, y en su apartado “Profesionales/Derechos del paciente”, dispone del acceso a todos los **consentimientos informados** que se encuentran publicados actualmente en formato ‘pdf’ (castellano, valenciano e inglés). En la Guía de acceso a consentimiento informado de la Conselleria de Sanitat que hay en este manual se encuentra desglosado por pasos el itinerario que debe seguirse a través de la web de la Conselleria para obtener dichos documentos.

PLAN DE AUTOPROTECCIÓN (EMERGENCIAS INTERNAS)



PLAN DE AUTOPROTECCIÓN
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO
DE CASTELLÓN
Actualizado a octubre de 2024



TELÉFONOS DE EMERGENCIAS
HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN

- Centralita Tel. Interno 725001
- Ibercom 725000
- Exterior 964 725001



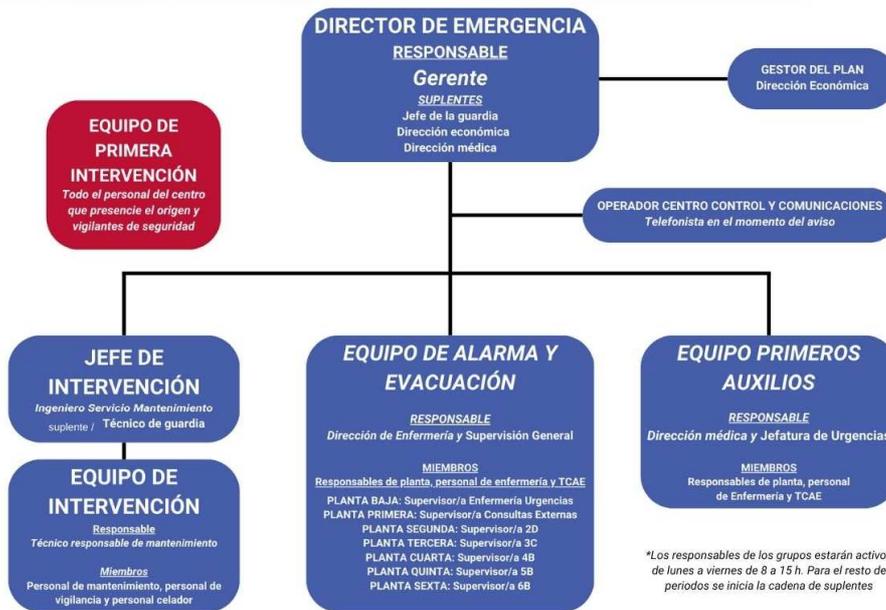
TELÉFONOS DE AYUDA EXTERNA

- Centro de emergencias 112
- Bomberos 112
- Policía Local 092
- Policía Nacional 091
- CICU / SAMU 112
- Ayuntamiento 964 355 100



ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA

ZONAS DE RIESGO
ALTO ESPECIAL



De acuerdo con el Código Técnico de Edificación y su documento básico SI (CTE-DB-SI), las zonas del Hospital con riesgo especial alto en el Hospital son:

- ALMACENES
- ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS
- COCINA
- LAVANDERÍA Y LENCERÍA
- LABORATORIOS
- TALLERES DE MANTENIMIENTO
- ESTERILIZACIÓN
- CENTRO DE TRANSFORMACIÓN
- CENTRAL DE GASES
- CENTRAL TÉRMICA Y FRIGORÍFICA

*Los responsables de los grupos estarán activos de lunes a viernes de 8 a 15 h. Para el resto de periodos se inicia la cadena de suplentes

PROTOCOLO GENERAL DE ACTUACIÓN PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL

EN CASO DE DETECTAR UN INCENDIO

1. Mantenga la CALMA, evite el pánico, no grite, ni corra.
2. Avise de inmediato al JEFE DE INTERVENCIÓN. En caso de no localizarlo, llamar a la centralita al 964 725001, o pulsando el pulsador de incendios más cercano.
3. Actuar si es necesario con los medios disponibles.
4. NUNCA actuar SOLO
5. NO ARRIESGARSE INNECESARIAMENTE.
6. Siga las instrucciones de los componentes del Equipo de Alarma y Evacuación.

EN CASO DE DECRETARSE UNA EVACUACIÓN O RECIBIR ORDEN DE EVACUAR

1. Mantenga la CALMA, evite el pánico, no grite, ni corra.
2. Siga las instrucciones de los componentes del Equipo de Alarma y Evacuación.
3. Si está con alguna visita, tranquilícela y pídale que le acompañe.
4. Desconecte los aparatos eléctricos y fuentes de calor situadas en las proximidades.
5. Realice la evacuación de forma ordenada, con rapidez, pero sin correr. NUNCA EMPLEE LOS ASCENSORES.
6. No transporte en la evacuación objetos pesados, ni voluminosos.
7. No retroceda para recoger objetos personales o buscar a otras personas.
8. Diríjase al Punto de Reunión establecido y permanezca allí hasta el fin de la emergencia.

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La integración de nuevos trabajadores en nuestro Departamento de salud precisa que los mismos armonicen sus actitudes en consonancia con la política de nuestra empresa en la materia, colaborando activamente en las actividades de prevención de los riesgos laborales, con pautas de actuación seguras y saludables en su labor cotidiana.

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de 1995, en su artículo 18 referido a la información de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores y de las medidas preventivas a aplicar, y en su artículo 19, referido al deber de formación en materia preventiva, así como en coherencia con lo dispuesto por el Decreto 123/2001, de 10 de julio del Gobierno Valenciano, en lo referido a la formación del personal al servicio de la administración de la Generalitat, la Conselleria de Sanitat ha elaborado un manual de acogida y notificación de riesgos, para cada categoría profesional, de los que hace entrega a todos los trabajadores cuando firman su contrato de trabajo.

Manual de acogida y notificación de riesgos, para cada categoría profesional

Está disponible en la página web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, en la siguiente URL:

<https://www.san.gva.es/web/recursos-humans/informacio>

Derechos del trabajador/a

A continuación se relacionan los derechos de mayor importancia, que la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, reconoce para los trabajadores:

1. Una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.
2. Una información sobre los riesgos existentes, tanto los que afecten a la empresa en su conjunto, como a cada tipo de trabajo o función, así como sobre las medidas y actividades de protección o prevención aplicables.
3. Ser informado/a acerca de las situaciones y medidas de emergencia, primeros auxilios y evacuación.
4. Ser consultado/a y participar en todas las cuestiones que afecten a su seguridad y salud en el trabajo.
5. Recibir una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, tanto en el momento de la contratación como cuando se produzcan cambios en las funciones o tecnologías.
6. Disponer de equipos de trabajo adecuados a las tareas a realizar
7. Recibir gratuitamente los equipos de protección individual necesarios para el desempeño de sus funciones

Obligaciones del trabajador/a

A continuación se relacionan las obligaciones de mayor importancia, que la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, reconoce para los trabajadores:

1. Velar por su propia seguridad y la de aquellos/as trabajadores/as que pueden verse afectados por su trabajo.
2. Usar adecuadamente las máquinas, herramientas, equipos, etc.
3. Utilizar correctamente los equipos de protección individual facilitados por la empresa.
4. Utilizar correctamente los dispositivos de seguridad existentes en los medios de trabajo.
5. Informar a los/as superiores/as y a los trabajadores/as designados/ as o, en su caso, al servicio de prevención, de las situaciones de riesgo para la seguridad y salud de los/as trabajadores/as.
6. Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente.
7. Cooperar con el/la empresario/a para garantizar unas condiciones seguras que no entrañen riesgos para la salud de los/as trabajadores/as.

PLAN DE IGUALDAD DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

RESOLUCIÓN DE 9 de junio de 2016, de la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública, por la que se ordena la publicación del I Plan de Igualdad de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, a través de la Comisión de Igualdad, formada por la Administración y las organizaciones sindicales con representación en la Mesa Sectorial de Sanidad, ha puesto en marcha el Plan de Igualdad para erradicar las desigualdades entre nuestras trabajadoras y trabajadores, luchar contra el acoso o la violencia machista y crear espacios laborales donde desarrollar una atención respetuosa para mujeres y hombres.

En el siguiente enlace tienes a tu disposición el texto de este I Plan de Igualdad:

[Plan de igualdad - Unidad de igualdad - Conselleria de Sanidad \(gva.es\)](#)

Una de las medidas que contempla este Plan de Igualdad en cuanto a la lucha contra la violencia de género, es la posibilidad que tienen las trabajadoras de la sanidad pública valenciana de solicitar cambio de centro de trabajo en la misma o distinta localidad de residencia cuando estén en situación de violencia de género, sin que comporte pérdida de ninguno de sus derechos, tanto retributivos como de titularidad de su plaza. Además, también podrá solicitar otras medidas adiciones tales como flexibilidad horario o reducción de jornada con o sin merma retributiva. En el mismo enlace anterior, podrás encontrar más información sobre este asunto, así como el modelo de solicitud a cumplimentar.

El Departamento de Salud de Castellón cuenta con una Unidad de Igualdad cuya responsable es M^a Jesús Alcaraz. Puedes ponerte en contacto con ella en el correo igualdad_dscs@gva.es o en el teléfono 725 089. Tienes más información en <http://www.castello.san.gva.es/igualtat>

DERECHOS DE PACIENTES

LEY 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana y LEY 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana

El acceso a una atención sanitaria integral, de calidad, en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho fundamental de toda persona.

Específicamente, y en resumen, se reconocen los siguientes derechos:

1. Derecho a la intimidad, que incluye el derecho a saber que hay alumnos en formación en su proceso asistencial.
2. Derecho a recibir la siguiente información:
 - Información sanitaria.
 - Información asistencial.
 - Información relativa a la salud pública.
3. Derecho a conocer en todo momento su situación en las listas de espera.
4. Derecho al consentimiento informado
5. Derecho a la libre elección de médico y centro
6. Derecho a las voluntades anticipadas o instrucciones previas
7. Derecho a la historia clínica y su acceso
8. Derecho al informe de alta y otra documentación clínica
9. Derecho a formular sugerencias y quejas (tanto las personas que han recibido asistencia como sus acompañantes o familiares)
10. Derecho a una atención personalizada
11. Derecho a la segunda opinión
12. Derechos de acompañamiento
13. Derecho a recibir un trasplante de órganos, tejidos, células y transfusión de componentes sanguíneos, de conformidad con la legislación vigente en la materia.

Tarjeta sanitaria y numero SIP

La tarjeta sanitaria es el único documento válido de acceso al Sistema Sanitario. En ella consta el número SIP (Sistema de Información Poblacional), que es obligatorio. La tarjeta sanitaria SIP se puede obtener en el centro de salud de atención primaria que le corresponda al usuario.

Marco legal: Decreto 126/1999 de 16 de agosto del Gobierno Valenciano, y Orden del 19/12/2001 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

El SIP es un Sistema de información montado en la Comunidad Valenciana desde 1999 al que se puede acceder desde cualquier centro de la red de la Conselleria con conexión y autorizado.

La información que contiene el SIP hace referencia a datos de:

- Identificación de cada usuario y localización
- Asignación: nos dice a qué centro asiste y qué profesional de Atención Primaria es el responsable de su asistencia
- Acreditación: nos indica el nivel de prestaciones por parte del sistema
- Información inherente a la gestión de su tarjeta

Derecho a la intimidad de los pacientes y la confidencialidad (Ver Anexo VI)

Existe un protocolo para asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en ciencias de la salud en el Departamento de Salud de Castellón, que se aprobó en diciembre de 2016 y que tiene como objeto establecer pautas básicas de actuación destinadas a garantizar el derecho a la dignidad e intimidad del paciente cuando es atendido por profesionales que cursan formación especializada en Ciencias de la Salud (residentes en formación). El protocolo completo figura como Anexo de este Manual, pero a continuación tienes la hoja de instrucciones para los residentes que figura como Anexo VII de dicho protocolo, así como el documento de compromiso de confidencialidad:

Instrucciones para residentes

1. Todas las personas que participen en el proceso asistencial deberán respetar la dignidad y la intimidad de los pacientes.
2. El personal en formación actuará conforme a las indicaciones de sus responsables de docencia/tutores, o en su ausencia al personal del staff.
3. No se podrá compartir información de carácter personal relativa a los pacientes, incluyendo imágenes, a través de cualquier medio que no se encuentre sujeto a los sistemas de seguridad de los centros sanitarios.
4. Los pacientes tienen derecho a saber que residentes en formación intervienen en su proceso asistencial por lo que la dirección del centro sanitario les facilitará una tarjeta identificativa que incluya su nombre, apellidos, fotografía y referencia expresa a la especialidad y año de residencia, o referente a otros supuestos (en rotación externa o estancias formativas de extranjeros). Los residentes en formación estarán obligados a presentar de forma visible la tarjeta identificativa proporcionada por la dirección del centro, a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y demás profesionales del centro. Concluido el periodo de prácticas en el centro, será obligatorio devolver la tarjeta identificativa a los servicios de personal del centro.
5. La supervisión de residentes de primer año será de presencia física. En los supuestos en los que el residente ya haya cursado otra especialidad la supervisión física del mismo durante el primer año podrá graduarse según las características personales del residente y de la especialidad cursada con anterioridad. A partir del segundo año de formación, los residentes tendrán acceso directo al paciente de forma progresiva, como establece el Protocolo de asunción progresiva de responsabilidad elaborado por este centro sanitario.
6. Durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán estar presentes más de tres residentes/paciente.
7. Los residentes en formación de cualquier año, por ser personal asistencial y trabajadores del Centro, tienen derecho a acceder a la historia clínica de **los pacientes implicados en las actuaciones asistenciales que realicen en cada momento**.
8. Los responsables del centro sanitario facilitarán a los residentes el acceso a la historia clínica mediante un mecanismo de autenticación (a través de una tarjeta identificativa y firma electrónica reconocida).
9. Los residentes están sometidos al deber de confidencialidad/secreto, no solo durante la estancia en el Centro sanitario en el que se esté formando sino también una vez concluida la misma, sin que dicho deber se extinga por la defunción del paciente.
10. El deber de confidencialidad afecta no solo a "datos íntimos" (incluidos los psicológicos relativos a ideas, valores, creencia, vivencias personales...) sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno (sean íntimos o no) cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento. A tal fin todo el personal en formación suscribirá al inicio de su estancia en el centro sanitario, donde se esté formando, un compromiso de confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A RESIDENTES

D., con D.N.I./NIE/NIF tiene la condición de personal en formación en régimen de residencia en la Unidad Docente acreditada del Centro Sanitario HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN como:

Residentes de la Especialidad de relacionada en el Anexo I del RD 183/2008 de 8 de febrero, con la titulación de..... (Médico, Farmacéutico, Enfermero, Psicólogo, Biólogo, etc.)

Residente de la especialidad de..... en rotación procedente de Centro Sanitario.....(especificar centro de origen)

Profesionales sanitarios extranjeros en estancia formativa autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (art. 21 del RD 183/2008, de 8 de febrero) en la especialidad de.....

Profesionales sanitarios de la Unión Europea en periodo de ejercicio profesional en prácticas (art. 10 del RD 1837/2008 de 0 de noviembre) en la especialidad de.....

Profesionales sanitarios extracomunitarios en periodo de ejercicio profesional en prácticas o en periodo complementario de formación (art. 8 del RD 459/2010 de 16 de abril) en la especialidad de.....

Declara que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. Comprometiéndose con ello a no facilitar a terceros las contraseñas o claves de acceso que le haya proporcionado el centro para su exclusivo uso personal.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación y a la asistencia sanitaria al paciente, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los residentes de Ciencias de la Salud.
6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por triplicado,

En Castellón a..... de..... de.....

Fdo.:

- Ejemplar interesado Ejemplar Centro Sanitario
 Ejemplar Comisión de Docencia

Normas de información a los pacientes y familiares

El paciente tiene el derecho de conocer la información obtenida sobre su propia salud en cualquier proceso asistencial; por tanto, la información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, con el objeto de ayudar al paciente a tomar decisiones responsables sobre su salud.

1.- A QUIÉN INFORMAR

El paciente es el único titular del derecho a la información. La información que se dé a sus familiares o persona que le represente legalmente, será la que él previamente haya autorizado expresa o tácitamente. Nunca se informa exclusivamente a los familiares o allegados, mientras el paciente esté consciente y sea competente.

Cuando a criterio del médico, el paciente esté incapacitado, de manera temporal o permanente, para comprender la información, se le dará aquella que su grado de comprensión permita, debiendo informarse también a sus familiares, tutores o personas a él allegadas, incluyendo todas aquellas personas vinculadas a las que se refiere la Ley 1/2001, de 6 de abril, de la Generalitat Valenciana por la que se regulan las parejas de hecho.

En el caso de menores, se les dará información adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, a los mayores de doce años. También deberá informarse plenamente a los padres o tutores que podrán estar presentes durante el acto informativo a los menores.

Los menores emancipados y los mayores de dieciséis años son los titulares del derecho a la información.

2.- QUIÉN DEBE INFORMAR

Aunque corresponde al médico responsable del paciente garantizar el derecho de éste a ser informado, todos los profesionales asistenciales que le atienden serán también responsables de facilitar la información que se derive específicamente de sus actuaciones.

3.- CÓMO INFORMAR

El paciente debe de ser informado, sin que pueda sufrir discriminación por razones de raza, sexo, económicas, sociales, ideológicas o de edad.

Debe recibir en todo momento un trato humano, amable, comprensivo y respetuoso.

La información sanitaria debe darse en la forma más idónea para su comprensión y, especialmente, en la lengua oficial de la comunidad autónoma y asegurarse que aquella sea inteligible para el paciente.

Debe hacerse el esfuerzo necesario para que la información sea clara, comprensible, veraz, relevante, fiable, actualizada, de calidad y basada en evidencia científica, pero adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, para sí posibilitar el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa del paciente en el mantenimiento o recuperación de su salud, con el objeto de ayudarle a tomar decisiones sobre su salud.

4.- CONFIDENCIALIDAD

Debe respetarse la confidencialidad de los datos sobre su salud, sin que nadie, sin su autorización, pueda acceder a ellos, salvo en los casos previstos en la legislación vigente.

El secreto profesional estará garantizado en todo momento. Esto es especialmente importante en caso de solicitar información las compañías aseguradoras, funerarias, despachos profesionales, etc.

La información sanitaria para uso científico nunca debe aportar datos que identifiquen directamente al paciente.

5.- DERECHO A NO SER INFORMADO

Aunque los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud en cualquier proceso asistencial; deberá respetarse la voluntad del paciente que no desea ser informado. Así, estos pacientes deberán dejar constancia escrita o indubitada de este deseo, pudiendo designar a un familiar u otra persona a quien se facilite la información. La designación será por escrito o indudable y podrá ser revocada en cualquier momento.

Debemos tener en cuenta que podrá restringirse el derecho a no ser informado cuando sea estrictamente necesario en beneficio de la salud del paciente o de terceros, o por razones motivadas de interés general.

6.- EXCEPCIÓN AL DERECHO A LA INFORMACIÓN.

Una excepción a este derecho a la información sanitaria de los enfermos, la constituye la existencia acreditada de una necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica 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 forma grave.

7- INFORMACIÓN TERAPÉUTICA A LOS PACIENTES Y FAMILIARES

Cuando se le prescribe un tratamiento farmacológico a un paciente se le debe informar de manera clara y comprensible sobre las razones de la indicación, posología, posibles efectos secundarios, y consecuencias potenciales si se interrumpe la administración o no se realiza de la forma pautada.

Cuando se prescriben o administran a un paciente fármacos con un margen de seguridad estrecho entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica, se le debe explicar dicha situación y de los riesgos, los posibles efectos secundarios, y lo que debe hacer en estos casos.

8.- INFORMACIÓN A FAMILIARES TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Dado que no está permitida la estancia de familiares en la zona de acceso al área quirúrgica, nunca se debe informar a los familiares de los pacientes recién operados a la salida del área quirúrgica, ni en el pasillo. Lo contrario facilita la existencia de aglomeración de personas en dicha área, que pueden "asaltar" al equipo quirúrgico en búsqueda de información, que pueden dificultar la asepsia y el acceso al área quirúrgica, y más importante aún, que en este contexto la información no se ofrece garantizando la confidencialidad.

Por tanto, los familiares de los pacientes a intervenir deben esperar en la habitación del paciente o en la sala de espera de la planta correspondiente.

El cirujano informará a la familia en la habitación del paciente, o en el despacho médico de la planta, cuando concluya la intervención o al final de la jornada quirúrgica. Así se hará saber a

los familiares para que sean conocedores de la norma y tengan menos inquietud ante la dilación de la información.

Todo ello no es óbice para que si las circunstancias del caso lo precisen o aconsejen, la información se dé tras la intervención, o incluso requerir la presencia del familiar al Área Quirúrgica, como norma excepcional si fuera necesario. En estos casos se debe informar en el Despacho de Información a Familiares que existe en el área quirúrgica.

9- PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA TOMA DE DECISIONES ASISTENCIALES CUANDO EL PACIENTE NO ESTÁ EN CONDICIONES DE ADOPTARLAS POR SÍ MISMO.

En la historia clínica del paciente ingresado deben constar los datos del familiar y los medios para localizarlo fácilmente, para los casos en que no haya nadie en ese momento con el paciente, o el acompañante presente se declare no competente para recibir la información y decidir.

En el hospital se garantiza la participación de la familia en la toma de decisiones asistenciales, cuando el paciente no esté en condiciones de adoptarlas con carácter propio, mediante la obligación del médico o enfermera responsable de hacer constar en la historia clínica los datos del familiar a quien se informa, la decisión asistencial que se toma y su firma.

También debe constar en la historia clínica, cuando proceda, la relación de los miembros de su familia (o todos) a los que el paciente excluye de hacerlos participe en la toma de decisiones sobre su asistencia, o para ser informados, salvo en los supuestos de incapacidad legal del paciente. Si no existe dicha relación excluyente, se entiende que se puede informar y tomar decisiones con cualquier familiar cercano.

- Cuando el paciente tenga alteración o pérdida de conciencia, o tenga un trastorno mental incapacitante: el facultativo que debe tomar la decisión, o la enfermera cuando sea algo de su competencia, debe explicar de forma clara, veraz y comprensible la situación clínica del paciente, ventajas e inconvenientes de la decisión clínica a adoptar, alternativas si las hubiere, y hacer partícipe de la decisión al familiar. En aquellos casos de relevancia clínica, dicha información al familiar y su participación, serán reflejados en la historia clínica y debe contener la identidad del familiar y su firma.
- Cuando el paciente sea menor de edad: el facultativo que debe tomar la decisión o la enfermera cuando sea algo de su competencia, le dará la información adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, a los mayores de 12 años de su situación clínica, ventajas e inconvenientes de la decisión clínica a adoptar, alternativas si las hubiere, y hacer partícipe de la decisión a los padres o tutores. En aquellos casos de relevancia clínica, dicha información al familiar y su participación, serán reflejados en la historia clínica y debe contener la identidad del familiar y su firma.

10- INFORMACIÓN POR ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: PLAN DE CUIDADOS

Es de vital importancia el papel del paciente y de la propia familia en el cumplimiento del plan de cuidados a seguir después del alta. Por esta razón es imprescindible dedicar todo el tiempo y esfuerzo necesario a explicar de forma comprensible y exhaustiva todo el plan de cuidados que debe seguir y que debe constar en el informe de alta, haciendo especial hincapié en la dosis y posología de los tratamientos y en la idoneidad de acudir a las visitas planificadas, e incluso las instrucciones y los criterios de actuación ante determinadas situaciones que se puedan dar en la evolución a corto plazo del paciente.

El profesional responsable debe asegurar, gracias a la información dada, verbal y en el informe de alta, la coordinación sistemática entre niveles asistenciales, evitar vacíos asistenciales, y garantizar la continuidad de la asistencia.

En el momento del alta, si el paciente va a precisar la administración de fármacos, curas o cuidados especiales, el personal de enfermería ofrecerá la educación y adiestramiento precisos para su adecuada realización y control por quien proceda. La educación del paciente y de la familia debe ser de carácter interdisciplinario e interactivo, facilitando la implicación y nivel de motivación apropiados de los interesados en el proceso, con el fin de garantizar el adecuado cumplimiento terapéutico. En esta tarea debe intervenir fundamentalmente el personal de enfermería.

Cuando un paciente es dado de alta de la unidad de hospitalización o de la consulta externa, se le debe entregar un informe de alta donde consten los datos de filiación del paciente, un resumen que transmita toda la información clínica significativa del proceso mientras ha estado a cargo del servicio, los cuidados a seguir como la información terapéutica con dosis y posología, plan de cuidados; fecha, hora y lugar de la próxima revisión en el servicio o en otros servicios (si procede).

Se deben hacer y entregar al paciente tantas copias del informe de alta como destinatarios posibles vaya a tener. Como mínimo debe haber una copia para el paciente, otra para su médico de Atención Primaria y otra para la historia clínica. El médico debe prescribir todos los medicamentos que constan en el informe de alta mediante el SIA-Abucasis.

En los casos en los que proceda, se realizará un informe de alta de enfermería en las mismas condiciones que las expuestas para el alta médica.

El Consentimiento Informado

Se entiende por consentimiento informado la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente (mínimo 24 horas), claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud.

El consentimiento debe ser específico para cada intervención diagnóstica o terapéutica que conlleve riesgo relevante para la salud del paciente y deberá recabarse por el médico responsable de las mismas.

En cualquier momento, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

La información previa al consentimiento se facilitará con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar con calma y decidir libre y responsablemente. Y en todo caso, al menos veinticuatro horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes.

En ningún caso se facilitará información al paciente cuando esté adormecido ni con sus facultades mentales alteradas, ni tampoco cuando se encuentre ya dentro del quirófano o la sala donde se practicará el acto médico o el diagnóstico.

La información previa al consentimiento debe incluir:

- ✓ Identificación y descripción del procedimiento.
- ✓ Objetivo del mismo.
- ✓ Beneficios que se esperan alcanzar.
- ✓ Alternativas razonables a dicho procedimiento.
- ✓ Consecuencias previsibles de su realización.
- ✓ Consecuencias previsibles de la no realización.
- ✓ Riesgos frecuentes.
- ✓ Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos.

- ✓ Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica personal del paciente y con sus circunstancias personales o profesionales.

En el documento de consentimiento informado deberá contener, además de la información antes citada, los siguientes datos mínimos:

- ✓ Identificación del centro.
- ✓ Identificación del paciente.
- ✓ Identificación de representante legal, familiar o allegado que presta el consentimiento.
- ✓ Identificación del médico que informa.
- ✓ Identificación del procedimiento.
- ✓ Lugar y fecha.
- ✓ Firmas del médico y persona que presta el consentimiento.
- ✓ Apartado para la revocación del consentimiento.
- ✓ Constancia de que el paciente o la persona destinataria de la información recibe una copia de dicho documento y de que ha comprendido adecuadamente la información que se le ha dado. El consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.

La obligación de informar incumbe al médico responsable de la atención del paciente, sin perjuicio de aquella que corresponda a los demás profesionales dentro del ámbito de su intervención.

Para aquellos procedimientos que la Conselleria de Sanitat tenga editado el consentimiento informado, se deberá utilizar éste; en caso contrario, se utilizará la hoja de consentimiento informada de nuestro Departamento adjuntándole información cuando proceda.

1- HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

OBLIGACIÓN DE USO DE LOS DOCUMENTOS DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO ESTANDARIZADOS POR LA CONSELLERIA DE SANITAT

Existe un importante número de documentos de Consentimiento Informado de las distintas especialidades adaptados al nuevo formato aprobado por el Comité de Bioética de la Comunitat Valenciana: <http://www.san.gva.es/web/dgcal/consentimiento-informado>.

2.- OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO POR SUSTITUCIÓN

El consentimiento informado se otorgará por sustitución en los siguientes supuestos: Por los familiares o miembro de unión de hecho, y en su defecto por las personas allegadas, cuando el paciente esté circunstancialmente incapacitado para tomarlas. En el caso de los familiares, tendrá preferencia el cónyuge no separado legalmente; en su defecto, el familiar de grado más próximo y, dentro del mismo grado, el de mayor edad. Si el paciente hubiera designado previamente una persona, a efectos de la emisión en su nombre del consentimiento informado, corresponderá a ella la preferencia.

3.- CAPACIDAD PARA CONSENTIR

Cuando el paciente sea menor de 16 años de edad o se trate de un incapacitado legalmente, el derecho corresponde a sus padres o representante legal, el cual deberá acreditar de forma clara e inequívoca, en virtud de la correspondiente sentencia de incapacitación y constitución de la tutela, que está legalmente habilitado para tomar decisiones que afecten a la persona menor o incapacitada por él tutelada. En el caso de menores emancipados, el menor deberá dar personalmente su consentimiento. No obstante, cuando se trate de un menor y, a juicio del médico responsable, éste tenga el suficiente grado de madurez, se le facilitará también a él la información adecuada a su edad, formación y capacidad.

En los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de prácticas de reproducción asistida, se actuará según lo establecido con carácter general por la legislación civil y, si procede, por la normativa específica que le sea de aplicación. El paciente debe ser mayor de edad (18 años) para dar su consentimiento; si es menor o incapacitado legalmente, el derecho le corresponde a los padres o representante legal.

Cuando la decisión del representante legal pueda presumirse contraria a los intereses del menor o incapacitado, deberán ponerse los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil.

En los casos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión deberá ser lo más objetiva y proporcional posible a favor de la persona enferma y su dignidad personal.

En el caso de otorgamiento del consentimiento por sustitución, éste podrá ser retirado en cualquier momento en interés de la persona afectada.

4.- EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Son situaciones de excepción a la exigencia del consentimiento las siguientes:

- ✓ Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, según determinen las autoridades sanitarias. En estos supuestos se adoptarán las medidas administrativas, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
- ✓ Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones y no existan familiares, personas allegadas o representante legal, o estos últimos se negasen injustificadamente a prestarlo de forma que ocasionen un riesgo grave para la salud del paciente y siempre que se deje constancia por escrito de estas circunstancias.
- ✓ Ante una situación de urgencia que no permita demoras por existir el riesgo de lesiones irreversibles o de fallecimiento y la alteración del juicio del paciente no permita obtener su consentimiento.

En estos supuestos, se pueden llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada. Tan pronto como se haya superado la situación de urgencia, deberá informarse al paciente, sin perjuicio de que mientras tanto se informe a sus familiares y allegados. Por imperativo legal. Por renuncia del paciente (ver apartado específico).

5.- LIBERTAD DE ELECCIÓN

Todo paciente tiene derecho, después de una adecuada información, a decidir libremente entre las opciones clínicas que le presente el médico responsable de su caso, siendo preciso su consentimiento previo.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana
- Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al paciente de la Comunidad Valenciana.
- 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.
- Manual de auditoría de hospitales docentes.
- Máster en Dirección y Organización de Hospitales. Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud. Universidad Politécnica de Valencia.
- Claves para la gestión clínica. Cátedra Pfizer.

- Entrevistas con expertos.

Guía de acceso a consentimiento informado de la Conselleria de Sanitat

[Consentimiento informado - Portal del Paciente - Conselleria de Sanidad \(gva.es\)](http://gva.es)

Voluntades Anticipadas

Cuando el paciente se encuentra en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permiten expresar libre y conscientemente su voluntad, y se debe tomar una decisión diagnóstica o terapéutica, siempre hay que consultar si tiene realizado un Documento de Voluntades Anticipadas.

¿QUÉ ES UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

El documento de voluntades anticipadas es el documento mediante el que una persona mayor de edad o menor emancipada, con capacidad legal suficiente y libremente, manifiesta las instrucciones que sobre las actuaciones médicas se deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permitan expresar libremente su voluntad.

¿QUÉ PODEMOS HACER CONSTAR EN ÉL?

1. Expresión de los objetivos vitales y valores personales, a fin de ayudar en su día a la interpretación del propio documento y para que sirvan de orientación a los médicos en el momento de tomar decisiones clínicas que afecten al otorgante del documento.
2. Instrucciones sobre el tratamiento médico, ya se refieran a una concreta enfermedad o lesión que padezcan en el momento de otorgar el consentimiento y otras que pueda padecer en el futuro. Se podrán también indicar intervenciones médicas que se desee recibir en caso de enfermedad, siempre que sean acordes con la buena práctica clínica, y pueden señalarse también aquéllas que no desee recibir.
3. Nombramiento de un representante, que actúe como interlocutor ante el médico responsable o ante el equipo sanitario, para que, caso de no poder expresar por sí misma su voluntad, la sustituya.
4. Hacer constar su decisión respecto a la donación de órganos con finalidad terapéutica, docente o de investigación. En estos casos no se requerirá autorización para la extracción o utilización de los órganos donados.

No podrán incluirse en el *Documento de Voluntades Anticipadas* decisiones que sean contrarias al ordenamiento jurídico, y en caso de que se incluyesen, se tendrán por no puestas.

Se tendrán por no puestas aquellas instrucciones que no se correspondan con la buena práctica clínica, cuando se trate de instrucciones relativas a intervenciones médicas que el otorgante desea recibir pero resulten contradictorias para su patología a juicio del equipo médico que le asiste.

COMO SE FORMALIZA EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

El *Documento de Voluntades Anticipadas* se podrá efectuar de la siguiente manera:

1. El documento se podrá formalizar en escritura pública ante **notario**.
2. Declaración ante tres testigos, los testigos deberán ser mayores de edad, con plena capacidad de obrar, y dos de ellos no podrán estar ligados con el interesado por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación patrimonial alguna.

¿QUIEN PUEDE SER REPRESENTANTE?

Podrá ser representante cualquier persona mayor de edad, que no haya sido incapacitada legalmente, **salvo** las siguientes personas:

1. El notario autorizante del *Documento de Voluntades Anticipadas*.
2. El funcionario o empleado público encargado del Registro de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana.
3. Los testigos ante los que se formalice el Documento de Voluntades anticipadas.
4. El personal sanitario que debe aplicar las voluntades anticipadas.
5. En el ámbito de la sanidad privada, el personal con relación contractual, de servicio o análoga, con la entidad privada de seguro de médico.

Permite al otorgante tener una persona que actúe como interlocutor ante el médico responsable o el equipo sanitario en la toma de decisiones sobre el tratamiento médico que haya de aplicarse al paciente.

El representante puede también interpretar los valores personales y las instrucciones del otorgante cuando no pueda expresar por sí mismo su voluntad.

¿CUÁL ES LA EFICACIA DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

El *Documento de Voluntades Anticipadas* produce eficacia únicamente en los casos en los que el otorgante se encuentre en una situación que no le permita expresar libremente su voluntad. Mientras conserve plenamente su capacidad, prevalecerá siempre su capacidad sobre lo manifestado en el documento.

Hay que tener en cuenta que el otorgante en cualquier momento podrá modificar, sustituir o revocar el *Documento de Voluntades Anticipadas* que haya otorgado. Para ello será necesario cumplimentar los mismos requisitos que se efectuaron para elaborar el primer documento: mayor de edad o menor emancipado, capacidad legal suficiente y actuar libremente. Mediante cualquiera de los dos procedimientos de formalización: ante notario o ante tres testigos.

¿QUÉ ES EL REGISTRO CENTRALIZADO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

Se trata de un registro centralizado en el que los otorgantes de documentos de voluntades anticipadas, si lo desean, podrán inscribir su otorgamiento, sustitución, modificación o revocación.

Este registro funcionará de acuerdo con los principios de confidencialidad, seguridad y control, de modo que sólo podrán acceder a este registro las personas autorizadas a través de certificado de firma electrónica y un número de usuario.

Para asegurar que los documentos de voluntades anticipadas registrados tengan eficacia en todo el territorio nacional, se establecerán interconexiones con los registros de voluntades anticipadas o instrucciones previas de las comunidades autónomas donde se haya creado. Así mismo, se establecerá una interconexión con el registro nacional de instrucciones previas.

¿CUAL ES LA FINALIDAD DEL REGISTRO CENTRALIZADO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

La finalidad del registro de voluntades anticipadas es que el equipo médico que atiende en ese momento al otorgante de voluntades anticipadas, tenga conocimiento de la existencia del mismo, a efectos de tenerlo en cuenta al adoptar cualquier decisión clínica. Si el otorgante opta por no inscribir el *Documento de Voluntades Anticipadas*, la obligación de ponerlo en conocimiento recaerá en él, debiendo entregar una copia en el centro sanitario para que se incorpore a su historia clínica, o bien llevarlo consigo.

¿DÓNDE ACUDO A INSCRIBIR MI DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

Si se opta por la formalización ante cualquier **notario** de la Comunidad Valenciana, serán los notarios los que accederán telemáticamente al registro centralizado de voluntades anticipadas mediante el correspondiente certificado digital reconocido expedido por la Autoridad Notarial de Certificación (ANCERT), por la Autoridad de Certificación de la Comunidad Valenciana (ACCV), o por cualquier prestador de servicios de certificación con el que la Generalitat Valenciana haya establecido el oportuno convenio de reconocimiento.

Si el otorgante prefiere registrarlo él personalmente podrá acudir a cualquiera de los puntos de registros que se citan a continuación.

Si se opta por la formalización ante testigos, se podrá acudir bien a los servicios centrales de la Conselleria de Sanidad sitos en la Calle Micer Mascó 31, a cualquiera de las Direcciones Territoriales de la Conselleria de Sanidad, y en la mayoría de los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIPs) de la red hospitalaria pública de la Comunidad Valenciana.

¿QUIÉN PUEDE IR A INSCRIBIR LOS DOCUMENTOS DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

En los supuestos de formalización ante tres testigos, podrán acudir a inscribir el Documento de Voluntades Anticipadas el propio interesado, cualquiera de los tres testigos o el representante designado por el interesado.

¿QUÉ DOCUMENTACIÓN DEBEMOS DE APORTAR PARA REGISTRAR EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

Si el *Documento de Voluntades Anticipadas* se formaliza ante tres testigos deberá de aportarse la siguiente documentación:

1. Solicitud de inscripción del otorgamiento (figura entre los modelos).
2. Fotocopia del documento nacional de identidad, pasaporte o cualquier documento oficial que acredite la identidad de la persona otorgante.
3. Fotocopia de los documentos nacionales de identidad, Pasaporte o cualquier documento oficial que acredite la identidad de los testigos.
4. El otorgante deberá de aportar una declaración en la que asegure que no está ligado por razón de matrimonio, pareja de hecho, por razón de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, o por razón de relación patrimonial con al menos dos de los testigos (figura entre los modelos).
5. En el caso en que se haya designado un representante, documento que acredite dicha representación, junto con la copia del documento nacional de identidad, Pasaporte o cualquier documento oficial que acredite la identidad del representante.

Si el Documento de Voluntades Anticipadas se formaliza ante notario, y el interesado desea inscribirlo personalmente deberá aportar la siguiente documentación:

1. Solicitud de inscripción del otorgamiento de voluntades anticipadas (figura en los modelos).
2. Fotocopia del documento nacional de identidad, pasaporte o cualquier documento oficial que acredite la identidad de la persona otorgante.
3. Copia auténtica de la escritura de poder otorgado por el notario a tal efecto.

El documento de voluntades anticipadas deberá ser respetado por los servicios sanitarios y por cuantas personas tengan relación con el autor del mismo.

Existe un **Comité de Bioética Asistencial** en el hospital que puede ser consultado ante dudas o problemas específicos (www.castello.san.gva.es/cba).

Derecho a la segunda opinión médica

El ejercicio del derecho a una segunda opinión médica dentro del Sistema Sanitario Público Valenciano viene regulado en el DECRETO 86/2009, de 19 de junio, del Consell.

DEFINICIÓN

Se entiende por segunda opinión médica el nuevo informe de diagnóstico y/o tratamiento emitido por otro facultativo del Sistema Sanitario Público Valenciano, a solicitud del paciente u otros sujetos legitimados, cuando concorra alguno de los supuestos previstos que se describen más adelante. (Artículo 5 del Decreto 86/2009).

SUJETOS DE DERECHO

1. El titular del derecho a solicitar una segunda opinión es el paciente o el representante legal del menor no emancipado o menor de dieciséis años y del incapacitado legalmente. Será necesario estar en posesión de la tarjeta sanitaria individual (SIP), lo que permitirá comprobar el tipo de servicio y prestación sanitaria que se tienen reconocidos en el ámbito de la Comunitat Valenciana.
2. Podrá asimismo solicitar la segunda opinión cualquier persona designada o autorizada expresamente por el paciente.

CRITERIOS DE VALORACIÓN. SUPUESTOS

Podrá ejercerse el derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público Valenciano cuando concurren algunos de los siguientes supuestos:

1. Confirmación diagnóstica de enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo del sistema nervioso central.
2. Confirmación diagnóstica de enfermedad neoplásica maligna, excepto los cánceres de piel que no sean el melanoma.
3. Confirmación diagnóstica de enfermedad inflamatoria intestinal cuando el tratamiento sea inmunosupresor o quirúrgico.
4. Confirmación de alternativas terapéuticas de neoplasia maligna, excepto de cánceres de piel que no sean el melanoma, tanto al inicio como a la recidiva o cuando aparezca metástasis.
5. Propuesta terapéutica para la enfermedad coronaria avanzada de angioplastia múltiple o simple, frente a cirugía cardíaca coronaria convencional.
6. Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a revascularización transmiocárdica con láser, neoangiogénesis o trasplante.
7. En cardiopatía congénita, con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.
8. Confirmación diagnóstica de tumoración del sistema nervioso central.
9. Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor, idiopática o no idiopática.
10. Confirmación diagnóstica de enfermedad rara, entendiéndose por la misma aquella enfermedad con peligro de muerte o de invalidez crónica, incluidas las de origen genético que tengan una prevalencia de menos de cinco casos por cada diez mil habitantes.
11. Carcinoma broncogénico. Criterios de reseccabilidad y tratamiento combinado.
12. Manejo del derrame pleural maligno.
13. Diagnóstico del derrame pleural de origen no aclarado.
14. Asma de difícil control (asma rebelde a todo tipo de tratamiento en el que haya que introducir tratamientos especiales con anti-IgE, monoclonales, etc.).
15. Tuberculosis multirresistente o de tratamiento o control difícil.
16. Fibrosis pulmonar idiopática: decisiones de tratamientos especiales o decisión de trasplante.

17. Algunas enfermedades raras o "huérfanas" (Linfangiomiomatosis, síndrome de discinesia ciliar primaria).
 18. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica evolucionada en pacientes jóvenes: decisión de trasplante pulmonar.
 19. Síndrome de apnea del sueño: decisión de tratamiento alternativo a Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), cirugía, sobre todo maxilofacial.
- En los casos en los que se compruebe que la solicitud de segunda opinión médica no se encuadra en ninguno de los supuestos antes citados, la gerencia del Departamento en el que se presente la solicitud desestimaré la misma, en el plazo máximo de un mes.

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD

1. La solicitud para ejercer el derecho a segunda opinión médica se efectuaré por escrito por cualquiera de los sujetos de derecho del presente Decreto. En el supuesto de que la persona que ejerza el derecho sea distinta al interesado, deberá aportarse el documento que acredite su legitimación para ello. Si no fuera aportado el citado documento deberá ser solicitado por el Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) en un plazo máximo de 3 días y deberá ser aportado por el particular en el plazo de diez días, de acuerdo con el artículo 71 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En todo momento quedará garantizada la confidencialidad de los datos personales y clínicos del interesado. La solicitud de segunda opinión médica sólo podrá ejercitarse una única vez en cada proceso asistencial.
2. La solicitud deberá presentarse ante los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP) del centro hospitalario donde recibe asistencia sanitaria, pudiendo designar, el paciente o el sujeto que ejercite el derecho, al profesional o al equipo médico del centro sanitario que desee.

En el caso de que el paciente no designe un equipo o profesional concreto, el Servicio de Atención e Información al Paciente le facilitará una relación de profesionales o equipos médicos elaborada por la Conselleria de sanitat.

Derecho a la libre elección de médico

El ejercicio del derecho a la libre elección de médico dentro del Sistema Sanitario Público Valenciano viene regulado en el DECRETO 74/2015, de 15 de mayo, del Consell.

¿QUIÉN LO PUEDE SOLICITAR?

Los usuarios y pacientes del Sistema Valenciano de Salud podrán elegir médico de familia, pediatra, enfermero o centro en el ámbito de la atención primaria del Sistema Valenciano de Salud. También podrán elegir médico o servicio de atención especializada, siempre que previamente el médico de atención primaria o bien otro facultativo especialista de cualquiera de los departamentos del sistema Valenciano de Salud haya indicado la necesidad de atención especializada.

La solicitud de libre elección de servicio de atención especializada o facultativo especialista podrá ser efectuada por la persona titular del derecho, la persona autorizada por ella o su representante legal.

¿QUÉ DOCUMENTACIÓN SE DEBE PRESENTAR?

El impreso de solicitud está disponible tanto en centros de salud, como en el SAIP. También a través de la página web corporativa.

¿Cómo se tramita?

1. La Solicitud de libre elección se presentará, en el caso de atención primaria, en el mismo centro de salud dirigida al Jefe de Zona Básica, y en el caso de atención especializada, en el SAIP dirigida al gerente del departamento.
2. Se dará traslado inmediato de la solicitud al médico o al servicio de atención especializada objeto de elección, para que emita un informe preceptivo, pero no vinculante, y se resolverá a continuación.
3. El plazo máximo para resolver y notificar será de 15 días en el caso de atención primaria y de un mes en atención especializada. Transcurrido dicho plazo sin que haya recaído la resolución expresa, se entenderá estimada.
4. No podrá efectuarse un nuevo cambio de médico o de servicio de Atención Especializada, en la misma Especialidad hasta que transcurran 6 meses desde el cambio anterior.

Causas de denegación:

1. Cuando no concurren los supuestos contemplados en el decreto.
2. Cuando el profesional de medicina de atención primaria o especializada sea responsable de la atención sanitaria de un número de personas que exceda de la población asignada por médico o lista de espera, en cuyo caso quedaría vulnerada la garantía de una asistencia sanitaria de calidad.
3. Cuando no se salvaguarde la buena relación profesional sanitario-paciente.
4. A la vista de la motivación contenida en el informe del profesional sanitario o servicio de atención especializada cuya elección se haya solicitado.

Recursos que proceden contra la resolución:

La resolución denegatoria se podrá recurrir en alzada, ante el gerente del departamento, en el caso de atención primaria, y ante la persona titular de la Secretaría Autonómica de Sanidad, en el caso de atención especializada. El plazo para recurrir la resolución será de un mes a partir del día siguiente a su notificación.

DEBERES DE LAS PERSONAS

LEY 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana

1. Los usuarios y pacientes de los servicios sanitarios están sujetos al cumplimiento de las obligaciones siguientes:

- a) Hacer buen uso de las prestaciones asistenciales, de acuerdo con lo que su salud necesite y en función de las disponibilidades del Sistema Valenciano de Salud.
- b) Cumplir las prescripciones de naturaleza sanitaria que con carácter general se establezcan para toda la población, con el fin de prevenir riesgos para la salud.
- c) Hacer un uso racional y de conformidad con la legislación vigente de las prestaciones farmacéuticas y de la incapacidad laboral.
- d) Utilizar y cuidar las instalaciones y los servicios sanitarios, contribuyendo a su conservación y favoreciendo su habitabilidad y el confort de los demás pacientes.
- e) Tratar con consideración y respeto a los profesionales que cuidan de su salud y cumplir las normas de funcionamiento y convivencia establecidas en cada centro sanitario.
- f) Facilitar de forma veraz sus datos de identificación y los referentes a su estado físico y psíquico que sean necesarios para el proceso asistencial o por razones de interés general debidamente justificadas.
- g) Firmar el documento pertinente o, en caso de imposibilidad, dejar constancia por un medio de prueba alternativo de su voluntad de negarse a recibir el tratamiento prescrito, especialmente cuando se trate de pruebas diagnósticas, medidas preventivas o tratamientos especialmente relevantes para su salud.
- h) Aceptar el alta cuando haya finalizado el proceso asistencial.
- i) Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se le otorgan a través de la presente ley.

2. Toda persona está sujeta al cumplimiento de las siguientes obligaciones:

- a) Comunicar a la administración sanitaria aquellas circunstancias que supongan un riesgo grave para la salud pública.
- b) Colaborar en el desarrollo de las actividades en salud pública, evitando conductas que dificulten su ejecución.

USO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Existe un protocolo sobre uso de la historia clínica, que se elaboró con el ánimo de difundir el hábito de la excelencia en la práctica clínica de nuestro hospital entre todo el personal de la institución. A continuación tienes un extracto del mismo:

1.- INTRODUCCIÓN

Esta Guía se ha elaborado por la Comisión de Historias Clínicas, contando con el apoyo de la Dirección del Departamento de Salud de Castelló.

Tiene el objetivo de establecer unas normas y criterios para adecuar el uso de la historia clínica.

El modelo de historia clínica y de los documentos que la componen es único y están normalizados por la presente Comisión, por lo que no podrán utilizarse otros sin que esta los apruebe. La historia clínica es una unidad de información dinámica, en constante actualización de sus documentos e incorporación de otros nuevos. Para mantener la uniformidad de los mismos y evitar redundancia de documentos que soportan la misma información, la comisión de historias clínicas debe aprobar toda propuesta de modificación o incorporación de documentos.

Con la implantación de la historia clínica electrónica a través de la aplicación Orion Clinic, se acuerda que todo documento o información que figure en formato electrónico NO se imprima, ni se incluya en el sobre de historia clínica (analítica, informes de anatomía patológica, informes de alta.....).

Desde Octubre de 2017 se está procediendo a la digitalización de los documentos de las historias clínicas (HC) en papel, de tal modo que a partir de mayo de 2018, se dejarán de servir los sobres de historia clínica, y se consultarán todas las HC a través de la aplicación Orion Clinic (OC).

2.- CONCEPTO Y ORGANIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SANITARIA

La documentación clínica sanitaria es todo documento en cualquier soporte (escrito, iconográfico, electrónico) que contiene información sobre el estado de salud de un individuo y/o su familia. En el hospital, la documentación clínica asistencial estará integrada en la historia clínica del paciente que podrá tener, por tanto, distintos soportes: papel, iconográfico o electrónico.

La historia clínica es el documento médico-legal que contiene información clínica de los distintos procesos asistenciales de un paciente atendido en el Hospital.

La historia clínica constituye el documento fundamental y elemental del saber médico y se convierte en un soporte y vehículo de información clínica, permitiendo y facilitando la comunicación entre los diferentes profesionales implicados en el proceso asistencial.

La finalidad principal de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria del paciente, dejando constancia de todos aquellos datos que permitan el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud, acumulando toda la información generada en cada episodio asistencial. Tiene, también, otros usos, como son: servir de comunicación entre los profesionales de la salud, servir de base para planificar la asistencia del paciente, proporcionar evidencia documental durante todo su proceso asistencial, proteger legalmente al paciente, al médico y a la institución, facilitar la actividad científica y docente, permitir la actividad de la inspección médico-sanitaria y los estudios estadísticos o de salud pública.

La historia clínica en el Hospital es única, acumulativa e integrada:

- Única por persona para todo el Hospital y será identificada por un número exclusivo asignado por la Unidad de Documentación Clínica y Admisión, que asociará unívocamente el número de historia clínica a ese paciente.

- Acumulativa, de modo que se añadan los documentos generados en sucesivos episodios asistenciales.
- Integrada, cada episodio asistencial estará reunido y cerrado en un Informe de alta.

La historia clínica ha de ser claramente legible y se evitará la utilización de símbolos y abreviaturas. Se admiten las abreviaturas y símbolos reconocidos internacionalmente. Cuando se utilice una abreviatura nueva deberá estar desarrollada la primera vez que se use.

Cualquier información incorporada en la historia clínica debe estar fechada y firmada de forma que se identifique claramente la persona que la realiza (Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana).

Al ser la historia clínica una herramienta imprescindible para el trabajo clínico, de gran valor asistencial, jurídico e histórico, constituye una obligación legal, reconocida como un derecho del paciente y como un deber y un derecho del médico. Forma, también, parte del patrimonio documental valenciano (Orden 14 septiembre de 2001, Conselleria de Sanidad, por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su conservación).

3.- NORMAS DE USO DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. La historia clínica, en cualquier soporte (papel, electrónico) forma una unidad que no debe sobrepasar los límites de la Institución, salvo que se requiera por la autoridad judicial.
2. La historia clínica tiene dos usos: asistencial y no asistencial

- **Uso Asistencial**

Cuando la historia clínica se precise para uso asistencial en el Hospital General Universitario de Castellón, el facultativo responsable del episodio asistencial o del paciente la solicitará al Archivo Central de Historias Clínicas. Tendrán acceso a la información contenida en la historia clínica los facultativos y el personal de enfermería implicados en su atención. El médico residente (MIR), como facultativo en formación, tendrá acceso a la historia clínica de los pacientes a su cargo bajo la supervisión de su tutor.

La tramitación de la solicitud de información clínica se realizará por la UDCA. Si un paciente es atendido en otro centro sanitario, la información requerida por dicho centro se tramitará a través de la UDCA que seleccionará la documentación solicitada. En su ausencia, requerirá al servicio o facultativo responsable del paciente la elaboración del informe pertinente. La UDCA será el servicio responsable de hacer llegar la documentación al centro solicitante. La UDCA tramita las solicitudes de información clínica desde otros centros sobre los pacientes atendidos en nuestro centro.

La historia clínica original en papel se conservará en el Archivo hasta su digitalización.

A partir de mayo de 2018 todas las historias clínicas solicitadas y las historias clínicas de pacientes programados se digitalizarán, con lo que a partir de ese momento no se trabajará con historia clínica en papel.

Plazos de devolución de la historia clínica prestada por el archivo (SOLO para los casos de HC en papel):

- Atención ambulatoria: las historias utilizadas para visita de consultas externas se devolverán al archivo al final de la mañana, a partir de las 13 horas los celadores de consultas o el personal de la empresa de digitalización recogen todas las historias con destino al archivo. En el caso

de consultas por la tarde, se devolverán en el mismo horario anterior, del día siguiente.

- Hospitalización: una vez finalizado el episodio asistencial con el alta del paciente, los servicios tienen un plazo máximo de 7 días para cerrar la historia, realizar el informe de alta y remitirlas al archivo.

- **Uso no asistencial**

Se define como uso no asistencial de la historia clínica, la utilización para actividades docentes, de investigación, vigilancia epidemiológica, inspección médica, uso judicial o para solicitud de documentación por el paciente.

En los usos no asistenciales:

- Las solicitudes de historia clínica se realizarán en el archivo de historias clínicas mediante un modelo de petición donde se recogen los datos de identificación del solicitante, así como el motivo por el que se quiere acceder a la historia. Existe otro modelo específico para la solicitud de estudios o investigación y de solicitud de historias para archivar documentación.
- Solo en los casos en los no haya sido posible la digitalización de la HC solicitada: La historia clínica original se entregará siempre en la sala de estudios del archivo que existe para dicho fin, según los protocolos establecidos. Las historias depositadas en la sala de estudio, son responsabilidad del solicitante y no deben abandonar en ningún momento la sala. Los estudios siempre se revisarán en dicha sala de consulta.
- Las solicitudes de historias por motivo no asistencial, realizadas por los profesionales en formación (MIR) siempre irán autorizadas por el jefe de servicio, o médico responsable de su docencia.

4.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE SOBRE EL USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

Normativa estatal:

1.- Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978

- Art. 18.1. Se garantizará el derecho al honor, a la intimidad personal, familiar y a la propia imagen.
- Art. 20.1. d. La ley regulará el derecho ... al secreto profesional ...

2.- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

- Art. 10: derecho a la confidencialidad, a que se le dé información en términos comprensibles, a que quede constancia por escrito de todo su proceso a Informe de alta, a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto:
- Art. 61: ...historia clínica única ... Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo,... a inspección médica, fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar, y el deber de guardar secreto por quien ... tenga acceso a la HC. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes.

3. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

- Art. 7.-Datos especialmente protegidos, otorga un régimen especial a los datos de carácter personal que hagan referencia a la salud, entre otros.
- Art. 10.-Deber de secreto, el responsable del fichero (informático) y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos están obligados al secreto profesional...
- Título VII: Infracciones y sanciones: Art. 44 g.-...infracción muy grave, la vulneración del deber de guardar secreto ...

4. 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.
 - Derecho de información sanitaria, derecho a la intimidad, respeto de la autonomía del paciente, historia clínica, informe de alta y otra documentación clínica.
5. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
7. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal.
8. Ley 7/2007, de 12 abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
9. Ley 55/2003, de 16 diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
10. Código de Ética y Deontología Médica, caben destacar:
 - Artículo 13.
 1. Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.
 - Artículo 14.
 1. El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros.
 2. El secreto profesional obliga a todos los médicos, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio.
 3. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que de él haya conocido en el ejercicio de la profesión.
 4. La muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto.

Normativa Comunidad Valenciana:

1. Ley 1/2003, de 28 enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana, cabe resaltar:
 - Tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos y obligaciones que en materia sanitaria tienen los pacientes en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana.
 - Disposición adicional tercera: La Conselleria de Sanidad adoptará las medidas para la informatización progresiva de las historias clínicas, garantizando la integridad de la información relativa a cada paciente con independencia del soporte en que se encuentre.
 - Conservación de la historia clínica: Art. 22.2
 - Principio de información en la recogida de datos: Art. 4, 5 y 6: los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud en cualquier proceso asistencial.
 - Principio de seguridad: Integridad, disponibilidad y confidencialidad. Art. 21.3, 21.4, 21.6, 23 y 26.
 - Principio de deber de secreto: Art. 23.4 y 24.7.
 - Derecho de acceso del paciente a su historia clínica:
 - Art. 15, ley orgánica 15/1999
 - Art. 4, 5, 6 y 18, ley 41/2002
 - Art. 4, 5, 6, 7, 24 y 25, ley 1/2003
2. Orden de 14 septiembre 2001, de la Conselleria de Sanidad, por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su conservación.
3. Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por la que se regula la obligatoriedad de la Historia Clínica, cabe resaltar el artículo 4:
 - Las Historias Clínicas son documentos confidenciales, propiedad de la institución. La información necesaria estará a disposición del paciente y del personal sanitario que directamente esté implicado en el diagnóstico y tratamiento del enfermo, ante cualquier demanda asistencial de éste.
 - Únicamente podrán ser retiradas de la institución por mandamientos judiciales.
 - Cualquier otra consulta de la Historia Clínica requerirá el consentimiento escrito del paciente o de su representante legal.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El sistema de información es un conjunto de elementos (personas, actividades, equipos, programas, normas, estándares, circuitos) destinados a realizar ciertas funciones (producir, capturar, procesar, almacenar, administrar, recuperar, transferir, presentar e interpretar datos) con la finalidad de obtener la información necesaria para el funcionamiento y planificación de una organización.

El Sistema de Información Sanitario (SISAN) es imprescindible para la planificación, establecer y orientar los planes estratégicos, la toma de decisiones clínicas y administrativas, la formación continua y continuada, la docencia y formación de especialistas, la actividad investigadora, la actividad asistencial, y también para la actividad de mejora continua de la calidad.

SISAN es un instrumento esencial para satisfacer las necesidades de soporte continuo al trabajo de los profesionales en el ámbito sanitario. Dicho sistema se planifica en consonancia con la misión y objetivos del Departamento de Salud y alineado con el Plan Estratégico de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Nuestro sistema de información garantiza la información interna y externa, acorde a la autorización, las necesidades, recursos disponibles y coste de tecnologías. Los profesionales autorizados podrán realizar análisis comparativo interno y externo de la actividad, e incluso con información basada en la evidencia.

Las aplicaciones informáticas sanitarias más importantes de que disponemos son las siguientes (más abajo se describen brevemente las más significativas):

- Proyecto **ABUCASIS**, que incluye diferentes sistemas, entre ellos está **SIA** (Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica en el ámbito Ambulatorio).
- **SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIOS:**
 - **IRIS HIS** – Sistema de Información Hospitalario, contiene información administrativa de los distintos episodios, es la base de trabajo para el ORION-CLINIC.
 - **ORION-CLINIC** Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica en el ámbito Hospitalario. Es la estación de trabajo del personal sanitario, está integrada con el IRIS y otros sistemas (lo veremos en el apartado específico de OC).
 - **MIZAR** Aplicación Visor de Historia Clínica Electrónica de contingencia.
 - **ORION RIS** Sistema de información de Radiodiagnóstico.
 - **GIMD-PACS** Sistema de archivado y distribución de imágenes. GIMD es un proyecto de imagen médica digital corporativa.
 - **GESTLAB/iGestlab** Sistema de Información de Laboratorio. Gestión de Laboratorios y su visor web. Incluye: Laboratorio de Análisis Clínicos, Laboratorio de Hematología, Laboratorio de Microbiología y Serología y Laboratorio de Farmacocinética.
 - **GOTA:** Programa para tratamientos de pacientes anticoagulados, puede accederse a él desde OC.
 - **PATWIN/ePAT** Sistema de Información del Laboratorio de Anatomía Patológica y su visor web (e_Pat).
 - **FARMASYST** Sistema de información de Farmacia. Sus funcionalidades están siendo asumidas por OC.

- **ALERT/DEIMOS:** Sistema de Triage en urgencias para enfermería. Integrado con Orion Clinic.
- **ONCOFARM:** Sistema de Información para la gestión del tratamiento del paciente oncológico.
- **OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CORPORATIVOS:**
 - **ALUMBRA:** Sistema de Datawarehouse Corporativo. Con información relevante obtenida de los SI sanitarios, asistenciales y de gestión que ofrece un entorno común de análisis.
 - **AVE:** Análisis de la Vigilancia Epidemiológica. Declaración Enfermedades de declaración obligatoria.
 - **CIRO:** Gestión de Recursos Humanos.
 - **COBRA:** Gestión de tasas sanitarias.
 - **COMPAS:** Compensación intercentros.
 - **CONCERTS:** Gestión de actividad concertada.
 - **CRC:** Catálogo de Recursos Corporativos.
 - **DANTA:** Aplicación de odontología, integrado con SIA.
 - **EDO/AVE:** Registro de enfermedades de declaración obligatoria.
 - **GAIA:** Gestor de prestación farmacéutica.
 - **HERA:** Gestión de Orto prótesis.
 - **HSE:** Historia de Salud Electrónica.
 - **IDT:** Tarjetas identificativas del personal que trabaja en instituciones sanitarias.
 - **MASTIN:** Ciro-Expedientes, Registro.
 - **ORION LOGIS:** Gestión de Logística, almacenes, material sanitario, etc.). ERP: Compras, almacenes, partes de averías. Integrado con Farmasyst y armarios dispensadores de farmacia.
 - **PREVEN:** Sistema de Información para la gestión integral de servicios de prevención propios de II.SS.
 - **RCLE:** Registro de Lista de espera quirúrgica.
 - **REDMIVA:** Red de vigilancia microbiológica.
 - **RVN:** Registro nominal de vacunas.
 - **SIFCO:** Fondos de cohesión. Aplicación del ministerio de sanidad para recoger el flujo de pacientes entre comunidades autónomas.
 - **SINEA:** Sistema para notificación de incidentes y efectos adversos.
 - **SIP:** Sistema de Información Poblacional.
 - **SISVEL:** Sistema de información y vigilancia de enfermedades laborales.
 - **SIVIO:** Sistema de Información para la detección, registro y valoración de casos de violencia de género.
 - **TURNOS:** Gestión de turnos. Integrado con CIRO.
 - **VOLANT:** Registro de voluntades anticipadas de ciudadanos de la Comunidad Valenciana.
 - **Otras aplicaciones informáticas:** Para la gestión propia de los diferentes Servicios del DSCS existen más de 100 aplicaciones informáticas instaladas y accesibles desde los puestos de trabajo de dichos Servicios.

Para poder acceder a estas Aplicaciones Informáticas es imprescindible estar en posesión del "nombre de usuario" y la "clave" de acceso. Para conseguir estos dos datos, se debe solicitar el acceso a las aplicaciones que se precise mediante el formulario existente que debe ser autorizado por el Gerente del Departamento de Salud de Castellón. Dicho formulario puede encontrarse en **Aplicaciones departamentales/Documentación/Formularios Departamentales:**



Junto con las claves, el usuario firma el compromiso de confidencialidad y se compromete a cumplir las siguientes NORMAS:

Normas Generales:

- Responsabilidad en el mantenimiento de las claves de acceso. El usuario tiene el deber de secreto con relación a las mismas.
- Notificar al responsable de seguridad cuando el secreto de su contraseña se haya visto comprometido llamando al servicio CATS (902 39 39 99).
- Obligación de cerrar la aplicación y retirar la tarjeta cuando se abandone el puesto de trabajo.
- Obligación de comunicación de las incidencias de seguridad al responsable de seguridad llamando al servicio CATS (902 39 39 99).

Normas específicas:

- Obligación de mantener secreto sobre las informaciones de carácter personal a las que se tiene acceso, en especial a los datos de salud.
- Obligación de limitar los accesos de terceros a extracciones de datos sobre soportes electrónicos o impresos.
- Obligación de destruir toda copia o extracción de datos que no sea ya de utilidad.
- Obligación de comunicación al administrador de usuarios que creó su cuenta o al responsable de seguridad (llamando al CATS) de cualquier cambio en sus funciones que pueda modificar o restringir su acceso al tratamiento de datos.
- Obligación de leer y cumplir las normas de seguridad y buena conducta que, en relación con el tratamiento de datos, le sean transmitidas por vía jerárquica o directamente a través de la organización de seguridad de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Derechos de Acceso:

El usuario podrá acceder exclusivamente a las funcionalidades y datos relacionados con el metaperfil y ámbito indicados en esta credencial, en el marco de las funciones del trabajador al servicio de la Generalitat Valenciana o de las tareas reconocidas en un contrato de servicios con la misma.

Una vez autorizada la solicitud, el Servicio de Informática activará a dicho usuario en la/s aplicación/nes informática/s correspondiente/s.

Para el uso de algunos sistemas (SIA, Orion Clinic, MIZAR, etc.), se precisa disponer de una tarjeta criptográfica con los certificados de usuario, éstos son necesarios para la autenticación al sistema y para la firma de los contactos, evoluciones, informes, etc.

Para la emisión y entrega de dichas tarjetas el Departamento de Salud tiene implantado un Punto de Registro de Usuario -PRU- de la Autoritat de Certificació de la Comunitat Valenciana -ACCV-) en el Servicio de Personal. Cuando vayas a formalizar tu contrato, te facilitarán los impresos correspondientes y te entregarán tu tarjeta electrónica. Es imprescindible llevar el DNI en vigor.

El certificado digital electrónico te identifica electrónicamente, vincula a su suscriptor con unos Datos de verificación de Firma y confirma su identidad. Es un documento digital que contiene tus datos identificativos. Te permitirá identificarte en Internet e intercambiar información con otras personas y organismos con la garantía de que sólo Tú y tu interlocutor pueden acceder a ella.

Imprescindible para acceder a SIA y firmar informes de Orion Clinic.

IMPORTANTE no prestar a nadie la tarjeta ni revelar la contraseña. No perder la tarjeta ni tener la contraseña junto a ella.

Si pierdes la tarjeta, avisa inmediatamente al CATS 902 39 39 99.

CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL

Es obligatorio el uso de correo electrónico corporativo, el servicio de informática del Departamento de Salud de Castellón provisionará de una cuenta de correo corporativo de la GVA para cada trabajador y proporcionará el usuario y contraseña.

Cada trabajador utilizará esta cuenta de correo para atender su actividad laboral diaria, y para comunicar, internamente o a otras organizaciones e instituciones públicas y privadas, todas las cuestiones relacionadas con su trabajo que así lo requieran. Es responsabilidad del trabajador asegurar su correcto uso de acuerdo a la normativa vigente.

Cualquier incidencia derivada del uso del correo corporativo, deberá dirigirse a: informática del Departamento de Salud de Castellón, en la extensión 725039.

Cada trabajador deberá cumplir con las siguientes condiciones de uso de su correo corporativo:

1. Mantener la confidencialidad de su cuenta y contraseña, y de toda la actividad realizada.
2. Cambiar la contraseña la primera vez que acceda al correo electrónico, en <https://webmail.gva.es> o en <https://correu.cs.san.gva.es>.
3. No utilizar la cuenta de correo como una herramienta de difusión de información masiva.
4. Utilizar la cuenta de correo para el intercambio de mensajes propios del ejercicio profesional, no se pueden utilizar para usos particulares.
5. No usarlo con fines comerciales o financieros, ni reenviar correos en cadena.
6. No utilizar la cuenta de correo para anunciar la aparición de virus, amenazas, etc. Salvo autorización expresa.
7. No se permite el uso de cuentas de correo distintas a las proporcionadas por la administración dentro de la propia organización.
8. Atender el buzón de correo al menos una vez al día, excepto periodos vacacionales.

No se deben redirigir las cuentas de correo @gva.es hacia cuentas externas, en caso de que estén redirigidas hay que revocar los desvíos.

1.- Sistema de información ambulatorio (SIA - ABUCASIS)

El proyecto Abucasis es un Sistema de Información Sanitario en atención Ambulatoria (**SIA**), que tiene como fuente de datos una Historia Clínica Electrónica única y centralizada, con un número identificativo único y unívoco (**SIP**), de nuestra tarjeta sanitaria individual. Es un sistema de información, corporativo y centralizado, con más de 13 años de evolución que fue creado para informatizar el proceso asistencial ambulatorio que realizan los profesionales (médicos, enfermeros, matronas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.) a los pacientes. SIA consiste fundamentalmente en la **historia clínica electrónica ambulatoria**, y comunica directamente con otros sistemas del proyecto Abucasis como son el catálogo de recursos corporativos, CRC, la prescripción farmacéutica digital y receta electrónica (GAIA-MPRE), vacunaciones (SIV/RVN); Sistema de información poblacional (SIP).

Desde SIA se puede acceder en modo consulta a los sistemas Orion Clinic (OC) o Mizar, con todas las consecuentes ventajas y beneficios que aporta este tipo de integración y acceso a la información clínica de los pacientes. Para esto, primero tengo que tener arrancado el ordenador OC o Mizar, la integración será con el primero que hayamos arrancado. Botón Acceso Hospital en el extremo inferior izquierdo de la pantalla de SIA, cuando estoy en la historia de un paciente. OC dona los informes a SIA, para que puedan consultarse en el Historial clínico, mezclados con las atenciones de Medicina familiar, como se puede ver en el siguiente ejemplo de pruebas:

The screenshot displays a web-based medical history system. At the top, it shows patient information: 'Edad: 31a Sexo: Hombre', 'SP: 92000401', and 'Introduzca término de búsqueda'. The main area is titled 'Historial Clínico (245)' and shows a list of medical events for the year 2018. The left sidebar contains a list of 'Diagnósticos médicos activos (41)' and 'Peticiones en curso (45)'. The main table lists events with columns for date, description, and associated medical specialty. For example, '19-Abr-2018' shows 'ARTROSIS' under 'Medicina familiar'. Other events include '22-Mar-2018' for 'Ortopedia trauma', '20-Mar-2018' for 'Anestesia / reanimación', and '16-Feb-2018' for 'Medicina familiar'.

Todas las personas usuarias de Abucasis deben tener la *tarjeta digital* que les posibilitará el “acceso” al sistema según su rango o perfil y ámbito de autorización establecido (recurso de centro de trabajo y meta perfil).

2.- IRIS (HIS – Sistema de Información Hospitalario)

Es el sistema de información hospitalario para la gestión de pacientes, que engloba la gestión de la información identificativa, administrativa y clínica en los centros de atención especializada.

Es la aplicación que se utiliza en admisión de hospitalización y urgencias para ingresar a los pacientes, en consultas externas para citar. Para incluir y gestionar la Lista de espera de consultas externas y quirúrgica. Para programar y realizar los partes de quirófano y técnicas intervencionistas. Para la codificación de diagnósticos y procedimientos. Para la gestión del archivo de historias clínicas, etc. Está integrado con Mizar y Orion Clinic.

3.- ORION CLINIC (OC)

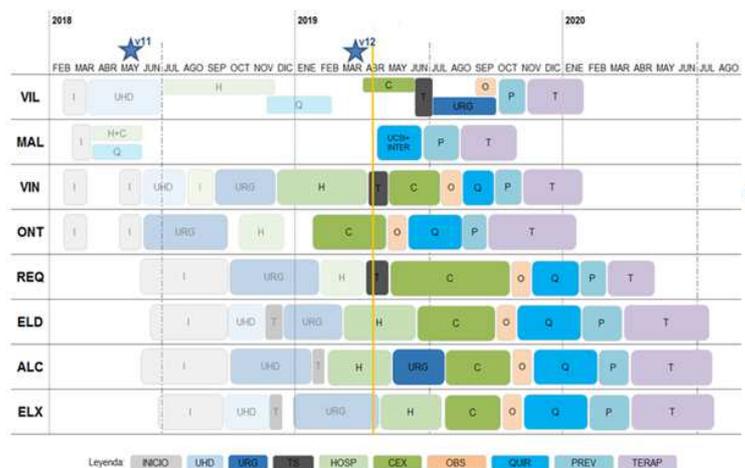
Estación de trabajo para el personal Sanitario de los Hospitales de la Comunidad Valenciana. Sistema de información clínico-asistencial para los centros hospitalarios orientado a la práctica clínica cuya implantación supone un gran cambio en la organización. OC consiste fundamentalmente en la **historia clínica electrónica en el ámbito de la atención especializada**.

Es una aplicación informática en cuyo diseño se han involucrado y continúan haciéndolo muchos profesionales de múltiples perfiles y ámbitos de los centros hospitalarios valencianos.

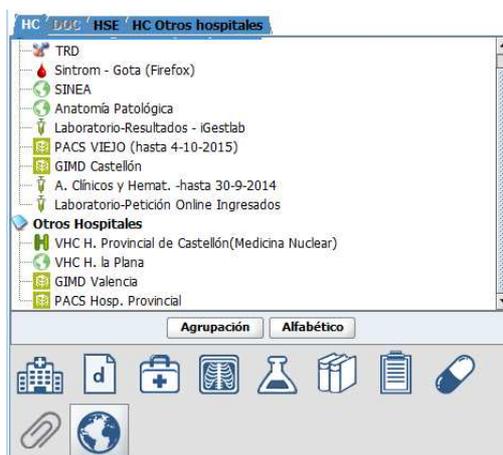
OC ofrece la funcionalidad para la práctica clínica diaria de diferentes perfiles profesionales adaptándose a las particularidades de cada uno de ellos. La primera versión de OC se puso en producción en Mayo de 2008 en el Hospital Dr. Peset (piloto para la implantación en los hospitales). Actualmente el piloto de OC para IRIS es el HGUCS.

La implantación en el Hospital General Universitario de Castellón data desde noviembre de 2014 iniciándose con la UHD (Unidad de Hospitalización a Domicilio) y posteriormente se han ido incorporando el resto de áreas como son Urgencias, Hospitalización, Obstetricia, Trabajo Social, Bloque Quirúrgico y Consultas Externas de Especialidades Quirúrgicas y Técnicas.

Está implantado en los Hospitales donde se dispone de IRIS y ya se está implantando en los Hospitales con HIGIA, en 2020 está planificado que esté totalmente implantado:



En un futuro se podrá acceder con facilidad a los OC de los distintos hospitales. Actualmente desde el OC de HGUCS se puede acceder al OC del Hospital de la Magdalena, Hospital de Vinaròs, Hospital La Fe, Hospital Clínico, al HIS/SIL del Hospital de la Plana y en breve está previsto el acceso al HIS del Hospital Provincial de Castellón, actualmente se puede consultar Medicina nuclear:



OC se integra con otros sistemas como son:

- IRIS
- MIZAR
- GAIA-MPRE permite la prescripción farmacéutica al alta del paciente
- SIA (Visor HC), Interconsultas OC-SIA, Consulta de alergias, Marca Cronicidad
- HERA
- SIP
- SIVIO
- SISVEL
- HSE
- VOLANT (Voluntades anticipadas)
- Aparatos de los diferentes servicios: Monitores de signos vitales, Neonatos, Esterilización, etc.
- Asimismo desde OC se puede acceder a solicitar/ consultar resultados de pruebas diagnósticas/terapéuticas como son: Resultados de laboratorio (iGestlab), resultados de Anatomía patológica (ePat), imágenes e informes de pruebas diagnósticas (GIMD-PACS/O-RIS)
- Otras aplicaciones web externas como SINEA
- Acceso a datos de otros Hospitales que no tengan OC, pe laboratorio, imagen, anatomía patológica...
- Acceso a HC Otros Hospitales (OC)

Orion Clinic da soporte a **numerosos perfiles profesionales** con la particularidad necesaria para su práctica clínica: personal médico, enfermería, trabajo social, cirugía, anestesiología, preventivistas, terapeutas, matronas, auxiliares administrativos, etc.

Desde marzo de 2018 se ha implantado el proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de fármacos en hospitalización, pilotándolo en las plantas de Unidad de Corta estancia, Neurocirugía (1D) y Neurología (4C). Ya está totalmente implantado y funcionando en todas las plantas hospitalización. En febrero de 2019 se dotó a las enfermeras de planta de carros automatizados para hacer la administración de medicamentos.

Desde junio de 2017 se está llevando a cabo un proyecto de digitalización del archivo de historias clínicas, que pueden ser consultadas por los distintos profesionales desde el visor de Historia clínica de OC. El proceso ha finalizado, habiendo alrededor de 30 millones de imágenes.

4.- MIZAR

Es una herramienta previa a OC, se sigue manteniendo como contingencia ante paradas y caídas de OC.

Es un Visor HC que permite acceder a visualizar los resultados de las analíticas del laboratorio de análisis clínicos, de microbiología, de radiodiagnóstico, de anatomía patológica, informes de alta de urgencias y de hospitalización.

En el caso de Anatomía Patológica, esta aplicación también permite registrar las muestras llegadas al Servicio, especificar las diferentes técnicas, descripciones macroscópicas y microscópicas, observaciones realizadas, así como asignarles resultados diagnósticos, dando como salidas impresiones de informes, estadísticas, control de costes e información requerida, de acuerdo al Catálogo de Procedimientos Diagnósticos de Anatomía Patológica establecido por la Consellería.

Antes de la implantación de OC se utilizaba esta aplicación para la realización de informes de Alta, dichos informes también son accesibles desde OC.

5.- ORION RIS – PACS - GIMD

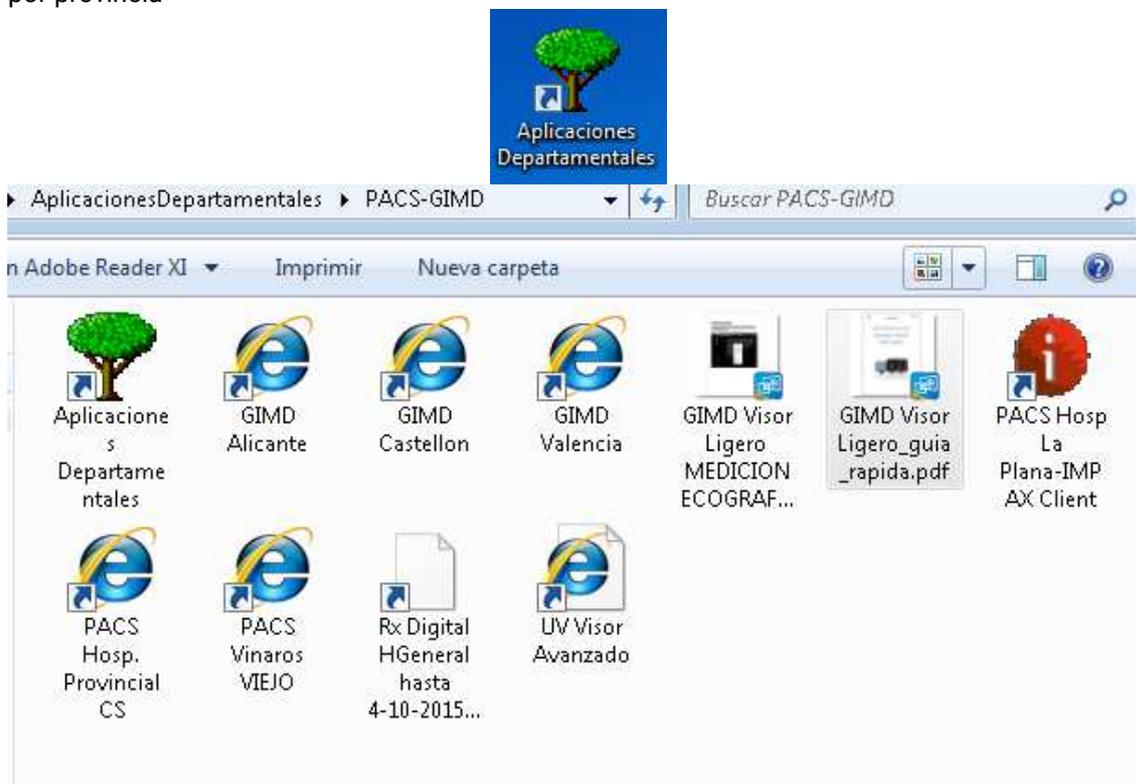
Orion RIS es el Sistema de Información de Radiodiagnóstico y diagnóstico por la imagen. Este sistema es utilizado por radiólogos y técnicos de radiología. Necesario para la comunicación con el PACS y éste con las modalidades de diagnóstico por la imagen, en él se realizan: el registro de citas, control de la captura de actividad y los informes de las exploraciones realizadas.

PACS es el Sistema de Almacenamiento y Comunicación de Imágenes médicas digitales. Es de la empresa GE. La herramienta de que disponemos para acceder a él es el Centricity Universal Viewer, es una aplicación web utilizada para visualizar las imágenes médicas, tanto de radiodiagnóstico como del resto de especialidades que lo precisen.

El **PACS** es una herramienta de la que dispone el facultativo para ayudarle en su diagnóstico y seguimiento del paciente: la lupa, el zoom, la comparativa con el histórico, la posibilidad de ver las imágenes desde cualquier puesto de trabajo del Departamento de Salud de Castellón, el poder analizar la imagen en tiempo real con otro compañero situado en Villafranca del Cid o en otra planta del hospital, evitar extravíos temporales de placas, etc, etc. Todo esto son ventajas que nos deben animar al cambio de forma de trabajar. Ya son muchos los hospitales que funcionan con un PACS y ahora les sería impensable volver al sistema tradicional de placas y negatoscopio.

GIMD es el proyecto para la Gestión de Imagen Médica Digital en la Comunidad Valenciana.

Hay tres nodos, uno por cada provincia, lo que permitirá, cuando todos los hospitales estén dentro del proyecto que tanto las imágenes como los informes estén disponibles desde todos los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana, para ello hay tres accesos diferentes, uno por provincia



Desde dentro de OC también se puede acceder a los PACS provinciales:



Tanto las imágenes como los informes pueden ser consultadas desde el PACS.

6.- GESTLAB/iGESTLAB

GESTLAB es el Sistema de Información adoptado por la Consellería de Sanidad, instalado en todos los Hospitales y centros de salud que utilizan nuestros Laboratorios de Análisis clínicos, hematología, Microbiología y Serología y farmacocinética.

iGESTLAB es una herramienta web que permite la consulta de los resultados de las pruebas realizadas, incluso comparar con el histórico del paciente.

iGestlab está implementado tanto en ORION como en SIA.

7.- PATWIN - ePAT

En el caso de Anatomía Patológica, **PATWIN** es la aplicación que permite registrar las muestras llegadas al Servicio, especificar las diferentes técnicas, descripciones macroscópicas y microscópicas, observaciones realizadas, así como asignarles resultados diagnósticos, dando como salidas informes, estadísticas, control de costes e información requerida, de acuerdo al Catálogo de Procedimientos Diagnósticos de Anatomía Patológica establecido por la Conselleria.

ePAT es el visor web que permite la consulta de los informes. Está integrado con Orion Clinic.

8.- DEIMOS (Triage)

Es el sistema de triaje o recepción del enfermo que se usa en todos los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana, está instalado en varios equipos del Servicio de Urgencias de nuestro hospital. El objetivo del triaje es atender a los pacientes no sólo por orden de llegada a urgencias, sino sobre todo según su gravedad, para garantizar la asistencia urgente a los pacientes que verdaderamente lo necesitan de forma prioritaria.

En el triaje hay asignado un/a Enfermero/a que recibe a los pacientes y les pregunta sobre sus síntomas y signos, y aplica un algoritmo, denominado Manchester, para decidir la prioridad del paciente. El programa clasifica a los pacientes según un código de color de prioridad: **rojo** (atención inmediata), **naranja** (atención en 10-15 minutos), **amarillo** (máximo una hora), **verde** (2 horas) y **azul** (no hay urgencia, 4 horas). Un médico también está pendiente del triaje y resuelve la ubicación del paciente en casos dudosos, o su prioridad.

Para más información ver el Manual de Organización y Procedimientos del Servicio de Urgencias

9.- ONCOFARM:

Sistema de Información para la gestión del tratamiento del paciente oncológico. La implantación de Oncofarm asegura la doble validación de los procesos claves de prescripción, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento de resultados en el paciente oncológico. Programa utilizado en los Hospitales de día y servicio de Farmacia.

10.- HERA

Es la aplicación informática que se utiliza para gestión integral de prótesis (prescribir exoprótesis. También es imprescindible para la prescripción y notificación de implantes o endoprótesis).

11.- CONCERTS

Es la aplicación informática que se utiliza para el registro, gestión y control de facturación de actividades externas (interrupción voluntaria de embarazo, PET, Oxigenoterapia, etc.).

12.- SINEA

El SINEA es una plataforma online, mediante la que cualquier trabajador del Departamento de Salud pueda notificar:

- **Cuasi-incidentes:** acontecimientos a punto de ocurrir que podrían repercutir en la

salud del paciente.

- **Incidentes:** acontecimientos que llegan a ocurrir pero no afectan a la salud del paciente.
- **Eventos adversos:** acontecimientos que llegan a suceder, dañando la salud del paciente.

(Ver apartado SEGURIDAD DEL PACIENTE).

Las ventajas de estos sistemas son evidentes, como la claridad del informe legible, la aparición siempre de la firma del médico y su número de colegiado y sobre todo, en el futuro, la compatibilidad con todos los otros servicios de nuestro hospital e incluso de otros hospitales.

Para poder utilizar las distintas aplicaciones, es imprescindible disponer de usuario y una contraseña, que facilita el Servicio de Informática del Hospital. Por tanto, antes de incorporarse, es necesario estar ya en posesión de este nombre de usuario y contraseña y disponer de la tarjeta de firma digital electrónica.

13.- SISTEMA DE LLAMADA A PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS

El Departamento cuenta con un sistema de llamada a pacientes en consultas externas por medio de TV e instalación de kioscos en las entradas, para dar una mejor atención a los pacientes.

14.- LA CONSELLERIA DE SANIDAD IMPLANTA EL SERVICIO DE WIFI DE CORTESÍA

GENERALITAT
VALENCIANA

**Acceso gratuito a Internet para
pacientes y familiares**

Este centro sanitario dispone de acceso **wifi** gratuito para conectarse a Internet.

**ZONA
Wifi
WIFI_SANITAT**

La clave de acceso es **wsanitat**.

Condiciones de uso:

- Este servicio no dispone de soporte ni ayuda al usuario
- Queda prohibido todo uso con fines ilícitos o que perjudiquen o impidan, dañen y/o sobrecarguen de cualquier forma la utilización y normal funcionamiento.
- La Conselleria no asume responsabilidad alguna respecto a los usos que haga de este servicio, ni de los datos o informaciones transferidas desde Internet.
- La Conselleria no puede y no garantiza la privacidad y seguridad de sus datos y de las comunicaciones al utilizar este servicio.
- La Conselleria no garantiza el nivel de funcionamiento de la red WIFI_SANITAT. El servicio puede no estar disponible o ser limitado en algún momento.
- Los propios usuarios son las únicas responsables de poseer un sistema de protección antivirus actualizado con el fin de no infectar ni ser infectado por virus o malware.

UTILIZACIÓN DE RECETAS MÉDICAS OFICIALES

Condiciones Generales.

- Desde el 1 de noviembre de 2011 todas las prescripciones de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el ámbito de la Conselleria de Sanitat se realizarán de modo electrónico a través del Sistema de Información Ambulatorio ((SIA-Abucasis).

- Solo se podrán utilizar recetas manuales en situaciones de emergencia o por imposibilidad de medios tecnológicos para generarlas.

- Los médicos residentes pueden realizar prescripción de medicamentos a partir de R2 con la autorización expresa de su tutor, quien debe cumplimentar una declaración firmada autorizando, bajo su responsabilidad, la realización de recetas por el residente.

A tal efecto, firmarán el documento de solicitud de sello médico y reconocimiento de firma (Modelo V-40). Desde el momento de su recepción, es responsabilidad del médico la custodia del sello médico oficial.

- El procedimiento de actuación en el caso de robo, extravío o hurto se adaptará a lo establecido por la Circular 3/2001 de la Conselleria de Sanidad. No se puede utilizar un sello médico que no sea el oficial.

- Todos los ciudadanos de la Comunidad Valenciana que acudan a los centros sanitarios utilizarán, como documento propio identificativo y acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria, la Tarjeta SIP.

- El número SIP debe constar, con carácter obligatorio, en las recetas oficiales de farmacia y, en general, en cualquier otro documento de índole sanitaria.

- Todos los tratamientos terapéuticos instaurados deberán estar asignados a un código CIE con el mayor nivel de precisión posible. La prescripción e indicación de tratamientos farmacoterapéuticos se realizará ajustada a los algoritmos de decisión terapéutica corporativos existentes en SIA-GAIA. Las prescripciones se realizarán preferentemente a favor de medicamentos genéricos o Denominación

GENERALITAT VALENCIANA
CONSSELLERIA DE SANITAT

Generalitat Valenciana
CONSSELLERIA DE SANITAT

Circular 3/2001/4/20
Annex 06/2002

SOL·LICITUD DE SEGELL DE METGE I RECONEXEMENT DE SIGNATURA
SOLICITUD DE SELLO DE MEDICO Y RECONOCIMIENTO DE FIRMA
(MÓDEL V - 40) (MODELO V- 40)

Metge Mèdic _____
(Nom i dos cognoms Nombre y dos apellidos)

Número de colegiat _____	dígit de control (el posarà l'Administració)
Número de colegiado _____	dígit de control (complimentar Administració)

NIF _____

Especialitat Especialidad _____

Denominació del lloc Denominación del puesto _____

Tipus de nomenament Tipo de nombramiento _____

Localitat Localidad _____ Centre Centro _____

Sol·licite l'entrega d'un segell per a la prescripció de receptes oficials de la Conselleria de Sanitat amb aquestes dades. (Cal que adjunte a la sol·licitud una còpia del contracte laboral o un informe del director mèdic que en justifique el motiu.)
Vist i plaç, la Direcció Mèdica i/o Direcció Mèdica

Sol·licite la entrega de un sello para la prescripción de recetas oficiales de la Conselleria de Sanitat con los datos anteriormente indicados. (La sol·licitud deberá ir acompañada de una copia del contrato laboral o un informe del director médico justificativo del motivo de la sol·licitud.)
Firma y rúbrica con la que me comprometo a evaluar siempre los documentos oficiales, incluidos las recetas de la Conselleria de Sanitat, prescritas por mí y a una custodia del sello oficial, incluyendo los periodos sin relación contractual con la Conselleria de Sanitat.

Signatura i rúbrica amb què em comprometo a avaluar sempre els documents oficials, inclosos les receptes de la Conselleria de Sanitat, prescrites per mi, i a custodiar el segell oficial, també en els períodes sense relació contractual amb la Conselleria de Sanitat.
Data i signatura Fecha i firma

Estampilla del segell Estampilla del sello _____ Signatura i rúbrica Firma y rúbrica _____

Oficial Española (DOE), procurando obviar la utilización de medicamentos de Utilidad Terapéutica Baja.

- Talonarios de recetas manuales para uso asistencial:
 - Los facultativos con funciones asistenciales podrán solicitar talonarios de recetas manuales hasta un máximo de 1 talonario/año, ante la previsión de contingencias tales como caída de los sistemas informáticos, aconsejándoseles en estos casos, la prescripción posterior no presencial a través de la receta electrónica. En ningún caso se delegará la prescripción en otro facultativo.
 - Se incluyen a los médicos internos residentes a partir de 2º año de residencia.
- Talonarios de recetas manuales para uso personal:
 - Los talonarios para uso propio se facilitarán a los facultativos en servicio activo con vinculación contractual con la Conselleria de Sanitat hasta un máximo de 1 talonario/año.
 - No se incluyen en esta modalidad a los médicos internos residentes
- En ningún caso se ordenarán prescripciones farmacológicas derivadas de una asistencia sanitaria realizada en el ámbito privado.

Ámbito de la Atención Primaria.

- Las prescripciones que realicen tanto los facultativos titulares como sus posibles sustitutos se efectuarán siempre desde el código de puesto asistencial (CPA) del facultativo titular del puesto de trabajo, con los datos de consignación obligatoria del facultativo prescriptor (tarjeta de firma electrónica del prescriptor), ya sea éste el titular o el sustituto.
- Los tratamientos planificados se podrán pautar, en general, para un máximo de 365 días, excepto:
 - Pacientes asignados al centro desde donde se realiza la prescripción pero no al cupo del prescriptor: Se podrá pautar un nuevo tratamiento para un máximo de 90 días
 - Pacientes asignados a un centro de atención primaria distinto a donde se realiza la prescripción, siendo ambos centros de la misma zona básica de salud (ZBS) : Se podrá pautar un nuevo tratamiento para un máximo de 90 días.
Si son centros de distinta ZBS: 30 días
 - Prescripciones a pacientes con tarjeta SIP de “no empadronado menor de un mes” o desplazados: Se podrá pautar un nuevo tratamiento para un máximo de 30 días.
 - Medicamentos sujetos a seguimiento adicional (medicamentos identificados con un triángulo negro en ficha técnica y prospecto): La duración máxima del tratamiento será de 6 meses.

Ámbito de la Atención Hospitalaria.

- Todos los facultativos del Hospital y Centros de Especialidades realizarán la prescripción mediante Receta Médica Oficial; al paciente no se le entregará P10, informe o similar para que acuda a la farmacia a obtener la medicación ni para que vaya a su médico de atención primaria.

- Las prescripciones deberán contener medicación suficiente hasta nueva revisión del paciente. Los tratamientos planificados se podrán pautar, en general, para un máximo de 365 días, excepto en el caso de Medicamentos sujetos a seguimiento adicional (medicamentos identificados con un triángulo negro en ficha técnica y prospecto); en éstos la duración máxima del tratamiento será de 6 meses.
- Se insta a utilizar siempre la aplicación GAIA para prescribir cualquier producto sanitario, desde la historia clínica electrónica SIA-Abucasis.

Prescripción en atención sanitaria urgente.

- La atención de urgencia se entiende como una atención integral y continua que se suministra por atención primaria y especializada y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente.
- Los facultativos que realizan la Atención Continuada en Atención Primaria y Hospital suministrarán a los pacientes que acudan a los servicios de urgencias la medicación necesaria para cubrir las necesidades “in situ” o urgentes. Para cubrir las necesidades terapéuticas de los pacientes concretos, más allá de esta urgencia inmediata, se deben prescribir electrónicamente todas las recetas necesarias, no debiéndose entregar P10 o similar, para que el paciente acuda a la farmacia, para obtener el medicamento.
- Las prescripciones que se realicen desde un CPA de Atención Continuada o Urgencias tendrán una duración máxima de tratamiento de 30 días.
- En ningún caso se utilizarán las recetas para la provisión de medicamentos a los botiquines de urgencia de atención primaria.

Fármacos de prescripción electrónica obligatoria

- Medicamentos sujetos a visado de Inspección.
- Estupefacientes.
- Medicamentos con seguimiento especial (identificados con triángulo negro).
- Medicamentos con criterios particulares de financiación (vareniclina).
- Medicamentos con plan de gestión de riesgos (glucagón intranasal, capsaicina parches).
- Medicamentos con criterios de prescripción específicos (arGLP1, medicamentos para tratamiento del TDAH, antipsicóticos depot, sacubitrilo/valsartan, finasterida, clonazepam).
- Medicamentos triple terapia (Valsartán / amlodipino / hidroclorotiazida; perindopril /amlodipino/ indapamida; Olmesartán / amlodipino /hidroclorotiazida; Atorvastatina / ac acetilsalicílico / ramipril; Vilanterol / umeclidinio / fluticasona; Beclometasona/formoterol/ glicopirronio).

Prescripción de productos farmacéuticos a pacientes desplazados

Los pacientes desplazados de otra comunidad autónoma que precisen renovación de medicación crónica (para estancias mayores de 90 días):

- Deberán acreditarse y registrarse en el SIP.
- Presentarán el informe clínico del facultativo del servicio público de salud de su comunidad autónoma que acredite la necesidad del tratamiento.
- El facultativo prescribirá las recetas únicamente si lo considera necesario y siguiendo las directrices y recomendaciones de la

Conselleria de Sanidad
Universal.

- La prescripción se realizará siempre a través de SIA.
Para estancias menores de 90 días los medicamentos serán pautados en su comunidad de origen.

Interoperabilidad de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud

- Permite dispensar, desde cualquier oficina de farmacia, por medios electrónicos, la medicación prescrita en otra comunidad autónoma. Sólo es necesario presentar la tarjeta sanitaria individual.
- En el momento actual, se pueden dispensar los siguientes productos:
 - Medicamentos autorizados e incluidos en las bases de datos del SNS (incluye medicamentos financiados con o sin visado de inspección, estupefacientes y medicamentos no financiados),
 - Efectos y accesorios (p.ej. gasas, esparadrapo, absorbentes de incontinencia urinaria, etc.) si se prescriben por código nacional.
 - Productos dietéticos contemplados en la cartera de servicios comunes del SNS.
 - Determinadas fórmulas magistrales y preparados oficinales, y las vacunas individualizadas, están disponibles solo entre algunas Comunidades Autónomas.
- No se incluyen los productos de parafarmacia (tiras de glucemia, jeringas, etcétera).

Bibliografía

- RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Circular 3/2001 de la Conselleria de Sanidad sobre Instrucciones sobre sellos médicos, talonarios de recetas y control de la captura de datos de la receta médica oficial de la Conselleria de Sanidad.
- Resolución de 1 de marzo de 2011, del Director Gerente de la AVS de Instrucciones complementarias de la Resolución del 13 de enero de 2010 por el que se establecen nuevas condiciones en la prescripción, planificación y entrega de recetas médicas oficiales de la Conselleria de Sanitat.
- Resolución del 3 de octubre de 2011, de la Directora Gerente de la AVS, sobre Instrucciones para la aplicación del RDL 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del SNS y otras actuaciones preferentes en materia de Uso racional de productos farmacéuticos.
- RD-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.
- Resolución de 1 de julio de 2013 de la Secretaría Autonómica para la AVS.
- Interoperabilidad de receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/receitaElectronicaSNS/home.htm>

SEGURIDAD DEL/DE LA PACIENTE

Desde el **Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial**, en estrecha colaboración con Gerencia, Dirección Médica y Dirección de Enfermería, se pretende promover la cultura de Seguridad del Paciente en el hospital, brindando estrategias conjuntas y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad de la atención sanitaria moderna.

Algunos de los ámbitos fundamentales de la cultura de Seguridad del Paciente que se fomentan en el hospital son:

1. SINEA (Sistema de Información de Notificación de Eventos Adversos):

El SINEA es una plataforma online, mediante la que cualquier trabajador del Departamento de Salud pueda notificar:

- **Cuasi-incidentes:** acontecimientos a punto de ocurrir que podrían repercutir en la salud del paciente.
- **Incidentes:** acontecimientos que llegan a ocurrir pero no afectan a la salud del paciente.
- **Eventos adversos:** acontecimientos que llegan a suceder, dañando la salud del paciente.

Los errores y los eventos adversos pueden ser el resultado de varias cuestiones a distintos niveles dentro de la atención sanitaria; a nivel del apoyo gubernamental (por ej., financiación), a nivel de una institución o un sistema de atención sanitaria (por ej., estructuras o procesos) o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales (por ej., error humano).

Un buen sistema de gestión de riesgo conlleva la implantación de una plataforma útil, ágil y de acceso libre a todos los trabajadores del hospital. Permite declarar los errores, prácticas y procesos que puedan poner en riesgo al paciente durante su estancia hospitalaria, y de este modo poder implantar medidas de mejora.

Los errores en la atención más frecuentemente notificados son :

- **Complicaciones de los cuidados** (úlceras por presión, flebitis, caídas, etc.)
- **Infecciones relacionadas con la asistencia** (colonizaciones/ infecciones de microorganismos multirresistentes bacteriemias asociadas a dispositivos, infección de úlceras por presión, etc.)
- **Complicaciones de un procedimiento** (hemorragia, neumotórax, etc.)
- **Efectos de medicación o productos sanitarios.**
- **Errores en la medicación** (tipo de medicación, dosis, conservación del producto).

Además, esta plataforma sirve de enlace para completar la **tarjeta amarilla** en la web de la Consejería, en caso de que se produjesen Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM).

Las notificaciones a SINEA son revisadas en el hospital por 3 facultativos del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial.

Los eventos adversos revisados de mayor relevancia posteriormente se analizan y debaten en la Comisión de Seguridad Clínica del Paciente del Hospital, de cara a la mejora continua de la seguridad del paciente.

Notificación de un caso en el SINEA:

Se puede realizar desde cualquier ordenador del departamento con conexión a intranet mediante tres vías:

1. Mediante el link https://alsis.san.gva.es/sinea/publica/registro_casos.jsp
2. Clicando en la barra de herramientas → Inicio → Aplicaciones Corporativas → SINEA Notificación de Eventos Adversos.
3. A través de la carpeta del escritorio “Aplicaciones Corporativas”, y clicando en el icono “SINEA”.

→Es importante escribir el número de historia clínica o el SIP del caso a notificar para poder realizar las oportunas acciones posteriores en materia de seguridad del paciente.



2. Listado de Verificación Quirúrgica de la OMS:

El listado de verificación o *check-list* es una herramienta para los profesionales quirúrgicos interesado en mejorar la seguridad de sus intervenciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones.

El *check-list* de nuestro hospital se basa en la original de la OMS, modificada de modo crítico en base a los procesos quirúrgicos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad de los miembros del equipo.

Su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. Es fundamental la cumplimentación y firma de todo el listado, por parte de Enfermería y de personal facultativo de Anestesia y Cirugía.

Desde el Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial se evalúa periódicamente la correcta cumplimentación y la adherencia al procedimiento.

La estrategia puede realizarse desde el programa Orion clinics® en el apartado de Bloque Quirúrgico.

3. Infección Quirúrgica Zero:

El proyecto [Infección Quirúrgica Zero](#) es una intervención preventiva de seguridad del paciente coordinada por el Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial para evitar infecciones quirúrgicas.

Las medidas de intervención con evidencia científica a verificar son el uso correcto de:

- Profilaxis antibiótica (menor de 60 minutos hasta la incisión)
- Clorhexidina alcohólica 2% en el campo quirúrgico (excepto en ojos, oídos, oral y mucosas)
- Eliminación de vello (menor de 16 horas hasta la incisión)
- Normotermia (en cirugía de cavidades y de larga duración)
- Normoglucemia (en diabéticos)

Las medidas requieren la coordinación de Medicina Preventiva con personal del Bloque Quirúrgico (enfermería, anestesistas y cirujanos).

La estrategia puede realizarse desde el programa Orion clinics® en el apartado de Bloque Quirúrgico, en un check list conjunto con el de la OMS de verificación quirúrgica, con los ítems:

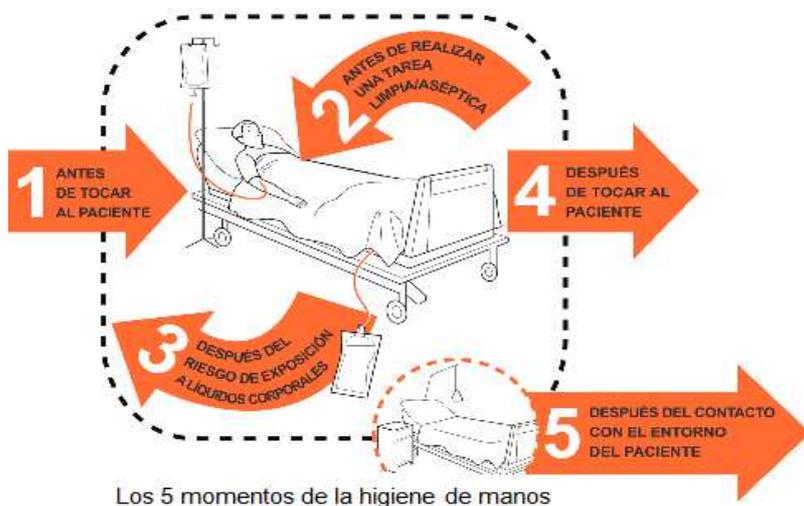
ANTES DE INDUCCIÓN ANESTÉSICA Con el enfermero, el anestésista y el cirujano	ANTES DE LA INCISIÓN DE LA PIEL Con el enfermero, el anestésista y el cirujano	ANTES DE SALIDA DE QUIRÓFANO Con el enfermero, el anestésista y el cirujano						
PACIENTE CONFIRMADO <input type="checkbox"/> IDENTIDAD Y BRAZALETE IDENTIFICATIVO <input type="checkbox"/> SITIO Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> CONSENTIMIENTO INFORMADO	<input type="checkbox"/> CONFIRMAR LA IDENTIDAD DEL PACIENTE, SITIO QUIRÚRGICO Y EL PROCEDIMIENTO ¿PROFILAXIS ANTIBIÓTICA < 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO PROCEDE	SIN RETIRAR CAMPO QUIRÚRGICO, EL EQUIPO CONFIRMA: <input type="checkbox"/> NOMBRE DE PROCEDIMIENTO HECHO RECUENTO DE GASAS, AGUJAS, INSTRUMENTAL CORRECTO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO. SE COMUNICA (SÍ / NO) ETIQUETADO DE MUESTRAS CON NOMBRE DEL PACIENTE: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO PROCEDE EXISTENCIA DE PROBLEMAS CON EL MATERIAL O LOS EQUIPOS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO PROCEDE						
LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA SEÑALIZADA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO PROCEDE PREPARACIÓN PIEL CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA 2% <input type="checkbox"/> Aplicación en círculos concéntricos <input type="checkbox"/> Aplicación dos veces en cada zona <input type="checkbox"/> Se hace control visual de los derrames <input type="checkbox"/> Se ha dejado secar 1-2 minutos	PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS <input type="checkbox"/> CIRUJANO REVISAR: ✓ PASOS CRÍTICOS O INESPERADOS ✓ DURACIÓN DE INTERVENCIÓN ✓ PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA <input type="checkbox"/> ANESTESISTA REVISAR: ✓ PROBLEMA ESPECÍFICO PACIENTE <input type="checkbox"/> ENFERMERÍA REVISAR: ✓ INDICADORES DE ESTERILIZACIÓN ✓ DISPONIBILIDAD MATERIAL Y EQUIPOS	<input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERÍA REGISTRAN EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS PREOCUPACIONES CLAVES EN LA RECUPERACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE						
<input type="checkbox"/> PREPARACIÓN PIEL OTRO ANTISÉPTICO _____	VISUALIZACIÓN DE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO PROCEDE	PROCEDIMIENTO: ESPECIALIDAD: FECHA:						
<input type="checkbox"/> VERIFICACIÓN EQUIPO Y MEDICACIÓN DE ANESTESIA	CONTROL DE TEMPERATURA <input type="checkbox"/> T _º a la entrada superior a 35,5º <input type="checkbox"/> T _º a la salida superior a 35,5º <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> Uso de cobertores de superficies y calentador de fluidos							
<input type="checkbox"/> VERIFICACIÓN INSTRUMENTAL / EQUIPO QUIRÚRGICO / PRÓTESIS	SI EL PACIENTE ES DIABÉTICO <input type="checkbox"/> Control de glucemia antes de la IQ <input type="checkbox"/> Control de glucemia cada hora <input type="checkbox"/> NO DM <input type="checkbox"/> ¿Se han superado los 180 mg/dl?							
<input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO FUNCIONANDO	<input type="checkbox"/> ALERGIAS CONOCIDAS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ _____							
COMPROBACION PRUEBAS CRUZADAS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO PROCEDE	DIFICULTAD EN LA VIA AÉREA/RIESGO DE ASPIRACIÓN <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ, y equipo / asistencia disponibles							
ETIQUETA IDENTIFICATIVA PACIENTE		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">ENFERMERÍA</td> <td style="width: 33%;">ANESTESIA</td> <td style="width: 33%;">CIRUGÍA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FIRMA RESPONSABLES</td> </tr> </table>	ENFERMERÍA	ANESTESIA	CIRUGÍA	FIRMA RESPONSABLES		
ENFERMERÍA	ANESTESIA	CIRUGÍA						
FIRMA RESPONSABLES								
 <p>Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial</p>								

4. Estrategia de la OMS sobre higiene de manos:

Miles de personas mueren diariamente en todo el mundo debido a infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Las manos son el principal vector de transmisión de la infección nosocomial.

La higiene de manos, de todo el personal sanitario y no sanitario en el entorno hospitalario, es **la medida más importante para evitar la transmisión cruzada de microorganismos perjudiciales.**

El Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial evalúa periódicamente la correcta adherencia al programa de higiene de manos, fomentando su uso en sesiones y jornadas cíclicas.



Productos de higiene de manos:

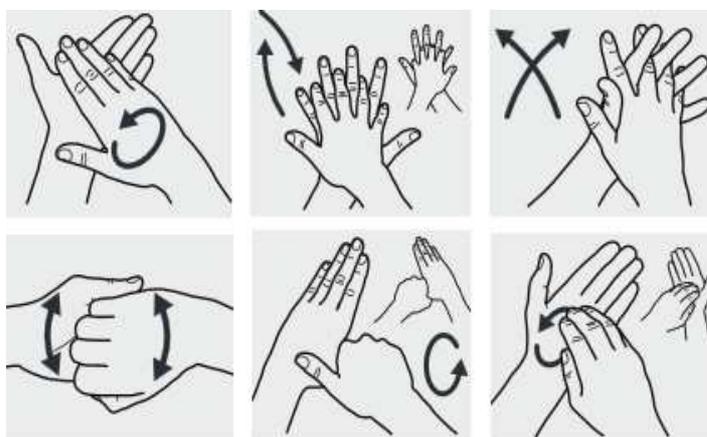
-Solución hidroalcohólica (frotación 20" - 30" segundos):

es el método más eficaz y mejor tolerado a utilizar si las manos no están visiblemente sucias, ni presentan dermatitis ni heridas abiertas.

Higiene manos prequirúrgica: 90" hasta codos.

-Agua y jabón (frotación 40" - 60"):

en manos visiblemente sucias, con heridas o dermatitis o en contacto con esporas (ej.: *Clostridium difficile*).



-Uso de guantes no estériles:

Retirarlos inmediatamente tras su utilización, no sustituye a la higiene de manos (que siempre deberá realizarse antes y después de usar guantes)

Sólo deberán emplearse en procedimientos sanitarios con previsión de contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y/o mucosas.

5. Vacunación adulta y personal sanitario:

El Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial realiza vacunación al paciente adulto ante cualquier tratamiento inmunosupresor, revisándole el calendario vacunal y evaluándose el riesgo de contraer infecciones inmunoprevenibles. Además es Centro de Vacunación Internacional, donde se inmuniza al viajero recomendándose las medidas de seguridad ante cualquier viaje internacional en materia de vacunación y quimioprofilaxis.

Como parte de los exámenes de salud realizados en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, en el caso de que el trabajador del Departamento de Salud de Castellón sea inmunosusceptible a enfermedades transmisibles, y prevenibles mediante vacunación, se le solicitan serologías para valorarlo periódicamente.

Se entiende la **vacunación antigripal** dirigida al personal sanitario como uno de los pilares de la Seguridad del Paciente. El Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial se involucra de manera activa en la implementación de campañas de vacunación frente a la gripe, recomendando al profesional sanitario cada año la vacunación antigripal entre los meses de octubre y febrero.

Del mismo modo, se está realizando desde el diciembre 2020 la vacunación COVID-19 a todo el personal de instituciones sanitarias.

6. EPIDEA (estudio de prevalencia de eventos adversos):

Estudio transversal multicéntrico de los Servicios de Medicina Preventiva de hospitales de la Comunidad Valenciana, cuyos objetivos fundamentales son mejorar el conocimiento sobre seguridad del paciente, identificando áreas y problemas prioritarios de actuación, así como incrementando la involucración del personal sanitario en la seguridad del paciente.

PARA CUALQUIER CONSULTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial, HGUCS. **Extensión: 725049**
<http://castellon.san.gva.es/medicina-preventiva>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública:
<http://www.san.gva.es/web/calidad/calidad-y-seguridad>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI):
<http://www.seguridaddelpaciente.es/>
- Infección Quirúrgica Zero:
<http://infeccionquirurgicazero.es/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS):
<http://www.who.int/patientsafety/es/>

INVESTIGACIÓN

El Hospital General Universitario de Castellón tiene vigentes dos convenios de colaboración con las Universidades Jaime I y CEU de Castellón. Esto ha abierto nuevas opciones para el desarrollo de líneas de investigación conjuntas, así como para el desarrollo de tesis doctorales.

Existe una Comisión de Investigación Clínica (C.I.C) a la que pueden dirigir sus proyectos para evaluación. La persona de contacto es Blanca Forcadell Utrilla, Tel:+34 964 725088 y Tel. Interno: 454450.

La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Conselleria de Sanitat i Salut Publica, con fecha 20 de marzo de 2018, concede la acreditación al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital General Universitario de Castellón, siguiendo la normativa aplicable del RD 1090/2015.

El Área de gestión de proyectos de I+D+I de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) es el departamento encargado de dinamizar y gestionar las actividades de generación de conocimiento. Asume la gestión de la actividad científica realizada en el Departamento de Salud de Castellón. Entre los objetivos de FISABIO destacan:

- Facilitar, promover, desarrollar y ejecutar la investigación de acuerdo con los planes de investigación existentes en la Conselleria de Sanidad.
- Actuar como centro motor de la investigación científico- técnica y la innovación, aportando las bases necesarias para favorecer la interacción con los equipos de investigación localizados en las Universidades, Hospitales, Consejo Superior de Investigaciones científicas y otras Instituciones de su entorno.
- Facilitar y promover la formación de los profesionales y de los investigadores del ámbito de la salud.
- Realizar e impulsar todo tipo de estudios que generen conocimiento en el ámbito de la salud y la atención en general de la salud.
- Cooperar y desarrollar la actividad asistencial.

Actualmente dispone de las siguientes áreas de investigación: Oncología, Cronicidad, Envejecimiento y Fragilidad, Enfermedades Metabólicas, Enfermedades Hepáticas y Digestivas, Enfermedades Infecciosas, Enfermedades cardiovasculares, Neurología, Neumología, Pediatría, Reumatología, etc.

FISABIO participa en las sesiones generales de hospital impartiendo formación e información sobre realización de ensayos clínicos y otros tipos de investigación.

Además, el primer martes de cada mes un delegado de FISABIO visita nuestro hospital para ofrecer apoyo en los trámites relacionados con la investigación, así como para vehiculizar las necesidades y dudas dirigidas a FISABIO. Lo podrás encontrar en la sala de reuniones de docencia, en el edificio anexo.

En su página web puedes obtener información sobre convocatorias de becas, formación y otras actividades: <http://fisabio.san.gva.es/inicio>

En tu Unidad Docente recibirás más información sobre las líneas o proyectos de investigación que están abiertas en el HGUCS.

ANEXO I: MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

MISIÓN

La misión del Departamento de Salud de Castellón es prestar la atención sanitaria integral que precisan nuestros pacientes, en el ámbito de la atención primaria y especializada, garantizando la continuidad asistencial de manera eficiente en el uso de los recursos disponibles, segura y de calidad. Así como, la docencia pre y postgrado en el ámbito de las Ciencias de la Salud; y, la formación continua y la investigación de nuestros profesionales comprometidos en su función.

VISIÓN

La visión del Departamento de Salud de Castellón es la de ser líder en los servicios que presta, referente de la sociedad, que se distinga por proporcionar a sus pacientes un servicio asistencial y tecnológico de calidad, que de respuesta a sus necesidades y expectativas; por ser la mejor alternativa para los profesionales por las posibilidades de formación, investigación y desarrollo que ofrece, y por el compromiso de la organización con el paciente, familiares y profesionales, de facilitar las mejores condiciones para su logro.

VALORES

Compromiso con el paciente. Somos un equipo humano comprometido con los pacientes y familiares a los que servimos, eje central de nuestra misión, procurando que la humanización en el trato, impregne todos los actos asistenciales, mejore la calidad de los cuidados y la comunicación e información con el paciente.

Confidencialidad y respeto a la autonomía en la relación médico-paciente, en todos los ámbitos asistenciales.

Profesionalidad e integridad. Son valores que distinguen la actuación del personal del Departamento, nuestro principal activo, que facilita y fomenta la competencia, la confianza, la comunicación e implicación, el trabajo en equipo para lograr nuestros objetivos, la responsabilidad y la mejora del clima laboral.

Compromiso con la docencia, formación e investigación. El Departamento promueve todas las acciones necesarias para destacar en estas actividades, teniendo como objetivo la búsqueda de la excelencia.

Fomento de la participación ciudadana. Somos una organización abierta a la sociedad, que fomenta su participación en nuestras estructuras: Voluntariado, Consejo de Salud, Asociaciones de pacientes, Comité de Bioética Asistencial, CEIC, etc., como garantía de mutuo conocimiento y leal colaboración.

Responsabilidad Social. Somos una organización con vocación de servicio público, aportando nuestros conocimientos, capacidad de gestión e iniciativas en beneficio de la sociedad, en la resolución de sus problemas de salud; solidaria y respetuosa con el medio ambiente.

(Comisión de Dirección, Acta 17/2009, 7 Octubre

(Documento en revisión por el Comité de Bioética existencial del departamento.)

ANEXO II: CÓDIGO ÉTICO

CÓDIGO ÉTICO Departamento de Salud de Castelló

Fecha elaboración: abril 2008

Última revisión: mayo 2011

Preámbulo

Por primera vez se establece en nuestra legislación una regulación general de los deberes básicos de los empleados públicos, fundada en principios éticos y reglas de comportamiento, que constituye un auténtico código de conducta.

Estas reglas se incluyen en el Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por la Ley 7/2007, de 12 de abril, (ex. Capítulo VI Deberes de los empleados públicos. Código de conducta, que comprende los artículos 52, 53 y 54, del Título III) con finalidad pedagógica y orientadora, pero también como límite de las actividades lícitas, cuya infracción puede tener consecuencias disciplinarias. Pues la condición de empleado público no sólo comporta derechos, sino también una especial responsabilidad y obligaciones específicas para con los ciudadanos, la propia Administración y las necesidades del servicio. Este, el servicio público, se asienta sobre un conjunto de valores propios, sobre una específica "cultura" de lo público que, lejos de ser incompatible con las demandas de mayor eficiencia y productividad, es preciso mantener y tutelar, hoy como ayer.

Dado que el citado Estatuto Básico del Empleado Público extiende su ámbito de aplicación al personal estatutario de las Instituciones Sanitarias, resulta conveniente recopilar en el presente Código Ético los artículos correspondientes de la citada norma y los que -con este mismo carácter- contenga el Estatuto Marco del personal estatutario, aprobado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre.

En virtud de lo anterior, la Comisión de Dirección del Departamento de Salud de Castellón, a propuesta del Gerente, en su sesión ordinaria celebrada el 30 de abril de 2008, aprueba el presente Código Ético.

Artículo 1

Concepto y Ámbito de aplicación

1. El Código ético del Departamento de Salud de Castellón (en adelante el Departamento), es el conjunto de deberes básicos, principios éticos y de conducta, de sus empleados, de obligada observancia, por la especial responsabilidad y obligaciones específicas que comporta la condición de empleado público, para con los pacientes, la propia Administración y las necesidades de servicio.
2. A los efectos de este Código ético, su ámbito de aplicación se extiende a todo el personal que preste servicio en cualesquiera centros de trabajo que integran el Departamento, y que se relacionan en el Anexo I.

Artículo 2

Deberes de los empleados públicos. Código de conducta.

(ex. Artículo 52 Ley 7/2007, 12 abril)

1. Los empleados del Departamento, deberán desempeñar con diligencia las tareas que tengan asignadas y velar por los intereses generales con sujeción y observancia de la Constitución y del resto del ordenamiento jurídico.
2. Los empleados del Departamento deberán actuar con arreglo a los siguientes principios: objetividad, integridad, neutralidad, responsabilidad, imparcialidad, confidencialidad, dedicación al servicio público, transparencia, ejemplaridad, austeridad, accesibilidad, eficacia, honradez, promoción del entorno cultural y medioambiental, y respeto a la igualdad entre mujeres y hombres, que inspiran el Código de Conducta de los empleados

públicos configurado por los principios éticos y de conducta regulados en los artículos siguientes

3. Los principios y reglas establecidos en este Código informarán la interpretación y aplicación del régimen disciplinario de los empleados del Departamento.

Artículo 3

Principios éticos.

(ex. Artículo 53 Ley 7/2007, 12 abril)

1. Los empleados del Departamento respetarán la Constitución y el resto de normas que integran el ordenamiento jurídico.
2. Su actuación perseguirá la satisfacción de los intereses generales de los ciudadanos y se fundamentará en consideraciones objetivas orientadas hacia la imparcialidad y el interés común, al margen de cualquier otro factor que exprese posiciones personales, familiares, corporativas, clientelares o cualesquiera otras que puedan colisionar con este principio.
3. Ajustarán su actuación a los principios de lealtad y buena fe con la Administración en la que presten sus servicios, y con sus superiores, compañeros, subordinados y con los ciudadanos.
4. Su conducta se basará en el respeto de los derechos fundamentales y libertades públicas, evitando toda actuación que pueda producir discriminación alguna por razón de nacimiento, origen racial o étnico, género, sexo, orientación sexual, religión o convicciones, opinión, discapacidad, edad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
5. Se abstendrán en aquellos asuntos en los que tengan un interés personal, así como de toda actividad privada o interés que pueda suponer un riesgo de plantear conflictos de intereses con su puesto público.
6. No contraerán obligaciones económicas ni intervendrán en operaciones financieras, obligaciones patrimoniales o negocios jurídicos con personas o entidades cuando pueda suponer un conflicto de intereses con las obligaciones de su puesto público.
7. No aceptarán ningún trato de favor o situación que implique privilegio o ventaja injustificada, por parte de personas físicas o entidades privadas.
8. Actuarán de acuerdo con los principios de eficacia, economía y eficiencia, y vigilarán la consecución del interés general y el cumplimiento de los objetivos de la organización.
9. No influirán en la agilización o resolución de trámite o procedimiento administrativo sin causa justa y, en ningún caso, cuando ello comporte un privilegio en beneficio de los titulares de los cargos públicos o su entorno familiar y social inmediato o cuando suponga un menoscabo de los intereses de terceros.
10. Cumplirán con diligencia las tareas que les correspondan o se les encomienden y, en su caso, resolverán dentro de plazo los procedimientos o expedientes de su competencia.
11. Ejercerán sus atribuciones según el principio de dedicación al servicio público, absteniéndose no sólo de conductas contrarias al mismo, sino también de cualesquiera otras que comprometan la neutralidad en el ejercicio de los servicios públicos.
12. Guardarán secreto de las materias clasificadas u otras cuya difusión esté prohibida legalmente, y mantendrán la debida discreción sobre aquellos asuntos que conozcan por razón de su cargo, sin que puedan hacer uso de la información obtenida para beneficio propio o de terceros, o en perjuicio del interés público.

Artículo 4

Principios de conducta.

(ex. Artículo 54 Ley 7/2007, 12 abril)

1. Tratarán con atención y respecto a los ciudadanos, a sus superiores y a los restantes empleados públicos.
2. El desempeño de las tareas correspondientes a su puesto de trabajo se realizará de forma diligente y cumpliendo la jornada y el horario establecidos.
3. Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico, en cuyo caso las pondrán inmediatamente en conocimiento de los órganos de inspección procedentes.
4. Informarán a los ciudadanos sobre aquellas materias o asuntos que tengan derecho a conocer, y facilitarán el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.
5. Administrarán los recursos y bienes públicos con austeridad, y no utilizarán los mismos en provecho propio o de personas allegadas. Tendrán, asimismo, el deber de velar por su conservación.
6. Se rechazará cualquier regalo, favor o servicio en condiciones ventajosas que vaya más allá de los usos habituales, sociales y de cortesía, sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal.
7. Garantizarán la constancia y permanencia de los documentos para su transmisión y entrega a sus posteriores responsables.
8. Mantendrán actualizada su formación y cualificación.
9. Observarán las normas sobre seguridad y salud laboral.
10. Pondrán en conocimiento de sus superiores o de los órganos competentes las propuestas que consideren adecuadas para mejorar el desarrollo de las funciones de la unidad en la que estén destinados. A estos efectos se podrá prever la creación de la instancia adecuada competente para centralizar la recepción de las propuestas de los empleados públicos o administrados que sirvan para mejorar la eficacia en el servicio.
11. Garantizarán la atención al ciudadano en la lengua que lo solicite siempre que sea oficial en el territorio de la Comunidad. Es decir, el valenciano y el castellano.

Disposición Final Única

El presente Código ético recopila la normativa vigente, en especial, los artículos 52 a 54 de la ley 7/2007, del Empleado Público, de obligado cumplimiento, y cuya inobservancia puede comportar la exigencia de responsabilidad disciplinaria. Por ello, y para mejor proveer, se dará la máxima difusión entre todo el personal dependiente del Departamento.

ANEXO III: PROTOCOLO PARA ASEGURAR Y PROTEGER EL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE POR ALUMNADO Y RESIDENTES EN CIENCIAS DE LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN

Protocolo para asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por el alumnado y residentes en Ciencias de la Salud en el Departamento de Salud de Castellón

DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN

Servicio que lo presenta	Dirección Médica
Fecha de elaboración	Diciembre 2016
Fecha de próxima revisión	Junio 2023

Autor/es	Carácter con que actúan
Andreu Solsona, Pilar Gerard Pitarch Bort	Subdirectora médico Jefe de Estudios HGUCS

Servicios implicados	Consensuado
Comisión de docencia	SI
UDCA	SI
Dirección de Enfermería	SI

Gestión de modificaciones	Fecha
Última aprobación por Comisión Docencia	Enero 2019
	Junio 2021

Vº Bº
EL GERENTE DEL DEPARTAMENTO

ÍNDICE:

1. OBJETO DEL PROTOCOLO	
2. PRESENCIA DE ALUMNOS EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	
2.1. Identificación Estudiantes	
2.2. Derecho a la intimidad de los pacientes.....	
2.3. Confidencialidad de los datos clínicos.....	
2.4. Limitación número de alumnos por paciente	
3. PRESENCIA DE RESIDENTES EN FORMACIÓN EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES.....	
3.1. Identificación de Residentes	
3.2. Derecho a la intimidad de los pacientes.....	
3.3. Confidencialidad de los datos clínicos.....	
3.4. Limitación número de residentes por paciente	
4. DIVULGACIÓN DEL PROTOCOLO.....	
5. MARCO LEGAL Y NORMATIVO	
ANEXO I: tarjeta identificativa estudiantes	
ANEXO II: documento para la información a los pacientes de la presencia de estudiantes en el hospital	
ANEXO III: documento para oponerse a la presencia de estudiantes	
ANEXO IV: compromiso de confidencialidad estudiantes	
ANEXO V: compromiso de confidencialidad residentes	
ANEXO VI: Resumen instrucciones sobre intimidad y confidencialidad para estudiantes	
ANEXO VII: Resumen instrucciones sobre intimidad y confidencialidad para residentes	

1. OBJETO DEL PROTOCOLO

Este protocolo tiene como objeto establecer pautas básicas de actuación destinadas a garantizar el derecho a la dignidad e intimidad del paciente cuando es atendido en presencia de alumnos de titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud (alumnos) y cuando es atendido por profesionales que cursan formación especializada en Ciencias de la Salud (residentes en formación).

2. PRESENCIA DE ALUMNOS EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Tendrán consideración de alumnos:

- Estudiantes universitarios de titulaciones que habiliten para el ejercicio de profesiones sanitarias tituladas y reguladas en Ciencias de la Salud: Medicina, Farmacia, Odontología, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Podología, Óptica-optometría, Logopedia, Dietistas Nutricionistas, Psicología General Sanitaria.
- Estudiantes universitarios de Master, Doctorado, títulos propios vinculados a profesiones sanitarias.
- Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria tanto de técnicos de grado medio como de técnicos de grado superior.
- Estudiantes de otras titulaciones universitarias o de formación profesional con periodos de prácticas en centros sanitarios.

Los alumnos en prácticas contarán con un **responsable docente**, que será un profesor con plaza vinculada o un profesor asociado de ciencias de la salud, perteneciente a la plantilla del centro sanitario donde se desarrollan las prácticas clínicas. Estos responsables docentes serán las personas de referencia a las que podrán dirigirse otros profesionales del centro o personas ajenas al mismo, en relación con las actividades que realicen residentes y alumnos en formación

2.1. Identificación Estudiantes

Los pacientes tienen derecho a saber que hay alumnos en formación presentes en su proceso asistencial.

La dirección del HGUCS les facilitara una tarjeta identificativa que se colocará en lugar visible del uniforme conteniendo los datos personales, fotografía y referencia expresa al grupo al que pertenece el alumno, a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y profesionales del centro.

La tarjeta se entregará al alumno en el despacho de docencia (edificio anexo) al inicio de su período de prácticas. Deberá acudir provisto de su DNI/NIF y de una fotografía tamaño carnet. También deberá firmar que se le entrega el carnet.

Concluido el periodo de prácticas en el centro, será obligatorio devolver la tarjeta identificativa en el mismo despacho de docencia donde se le entregó.

Queda terminantemente prohibida la utilización de la tarjeta identificativa fuera de los períodos de prácticas autorizados, incurriendo en la responsabilidad que corresponda.

Se adjunta como anexo I el modelo de tarjeta identificativa

2.2. Derecho a la intimidad de los pacientes

Todas las personas que participen en el proceso asistencial deberán respetar la dignidad y la intimidad de los pacientes.

El personal en formación actuará conforme a las indicaciones de sus responsables de docencia/tutores, o en su ausencia al personal del staff. Con carácter previo al inicio del acto asistencial el profesional responsable del mismo (especialista de la unidad, tutor o residente autorizado por su tutor) informará al paciente o su representante sobre la presencia de estudiantes, solicitando su consentimiento verbal para que presencien las actuaciones clínicas. En el caso de que el paciente se niegue el personal en formación no estará presente en el proceso de atención asistencial.

Si el paciente consiente que los alumnos estén presentes durante el acto clínico, se reiterará su consentimiento en el caso de que se considerara adecuada la realización de algún tipo de exploración física, procedimiento clínico o intervención con fines formativos.

Sin perjuicio de la obligación de informar verbalmente al paciente en cada ocasión, se establece un documento para la información a los pacientes de la presencia de estudiantes en el hospital (anexo II) y del procedimiento para oponerse a ello. Este documento se entregará:

- En admisión de urgencias: Lo entregará el administrativo de admisión sólo a los pacientes que ingresen en urgencias en el turno de mañana (de 8 a 15 h)
- En admisión de hospitalización Lo entregará el administrativo de admisión a todos los pacientes, con independencia de la hora de ingreso.
- En las plantas de hospitalización: lo entregará la supervisora de enfermería a los pacientes que ingresen sin pasar por admisión

Se establece, también el documento para que el paciente pueda oponerse a la presencia de estudiantes durante su proceso asistencial (anexo III). Este documento se entregará a los pacientes en el SAIP del hospital en horario de 8,00 a 15,00 de lunes a viernes, excepto festivos.

Una vez cumplimentado y firmado, el personal del SAIP remitirá el documento al Jefe del Servicio y a la supervisora de enfermería de que se trate. Ambos se encargarán, en el ámbito de sus respectivas responsabilidades, de comunicar a los profesionales encargados de la atención del paciente que éste no desea que los estudiantes participen en su atención, sin que ello suponga ningún menoscabo en su asistencia. En el panel de localización de los pacientes en las plantas de hospitalización se aplicará en la ficha correspondiente una identificación en forma de pegatina de color amarillo flúor que permita identificar la oposición del paciente a que los estudiantes estén presentes durante su asistencia.

Se establece también una leyenda que aparecerá impresa en las cartas de citación para las consultas externas del hospital y del centro de especialidades que reza: *“NOTA: Le informamos que durante su atención en la consulta puede haber estudiantes de medicina en*

prácticas. Si usted desea oponerse a ello, deberá comunicarlo al médico en el momento de la visita”

2.3. Confidencialidad de los datos clínicos

No se podrá compartir información de carácter personal relativa a los pacientes, incluyendo imágenes, a través de cualquier medio que no se encuentre sujeto a los sistemas de seguridad de los centros sanitarios.

Los alumnos estarán supervisados en todo momento, no pudiendo acceder al paciente ni a la información clínica sobre el mismo, sin la supervisión directa del personal del centro responsable de su formación o personal en quien se delegue.

Los alumnos solo podrán acceder a la historia clínica bajo la supervisión de su profesor o personal sanitario del staff en el que delegue, siempre que ambos puedan acceder a la misma por su vinculación asistencial con la práctica clínica/formativa que se esté realizando.

Los alumnos están sometidos al deber de confidencialidad/secreto, no solo durante la estancia en el Centro sanitario en el que se esté formando sino también una vez concluida la misma, sin que dicho deber se extinga por la defunción del paciente.

El deber de confidencialidad afecta no solo a “datos íntimos” (incluidos los psicológicos relativos a ideas, valores, creencia, vivencias personales...) sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno (sean íntimos o no) cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento. A tal fin todo el personal en formación suscribirá al inicio de su estancia en el centro sanitario, donde se esté formando, un compromiso de confidencialidad (Anexo IV).

2.4. Limitación número de alumnos por paciente

Salvo supuestos especiales consentidos por el paciente, durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán estar presentes más de tres alumnos por paciente.

El número máximo de personas en formación de presencia física ante el paciente no podrá exceder de cinco, computando el de residentes.

3. PRESENCIA DE RESIDENTES EN FORMACIÓN EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

3.1. Identificación de Residentes

Los pacientes tienen derecho a saber que residentes en formación participan en su proceso asistencial, por lo que la dirección del centro sanitario les facilitará una tarjeta identificativa que incluirá nombre y apellidos, fotografía y referencia expresa a la especialidad y año de residencia, o referente a otros supuestos (en rotación externa o estancias formativas de extranjeros)

La tarjeta se entregará en la ventanilla de personal y los residentes en formación estarán obligados a presentarla de forma visible a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y demás profesionales del centro.

Concluido el periodo formativo en el centro, será obligatorio devolver la tarjeta identificativa a los servicios de personal.

3.2. Derecho a la intimidad de los pacientes

Todas las personas que participen en el proceso asistencial deberán respetar la dignidad y la intimidad de los pacientes.

El personal en formación actuará conforme a las indicaciones de sus responsables de docencia/tutores, o en su ausencia al personal del staff.

La supervisión de residentes de primer año será de presencia física. En los supuestos en los que el residente ya haya cursado otra especialidad la supervisión física del mismo durante el primer año podrá graduarse según las características personales del residente y de la especialidad cursada con anterioridad.

A partir del segundo año de formación, los residentes tendrán acceso directo al paciente de forma progresiva, como establece el Protocolo de asunción progresiva de responsabilidad elaborado por este centro sanitario.

3.3. Confidencialidad de los datos

clínicos

No se podrá compartir información de carácter personal relativa a los pacientes, incluyendo imágenes, a través de cualquier medio que no se encuentre sujeto a los sistemas de seguridad de los centros sanitarios.

Los residentes en formación de cualquier año, por ser personal asistencial y trabajadores del Centro, tienen derecho a acceder a la historia clínica de los pacientes **implicados en las actuaciones asistenciales que realicen en cada momento.**

Los responsables del centro sanitario facilitarán a los residentes el acceso a la historia clínica mediante un mecanismo de autenticación (a través de una tarjeta identificativa y firma electrónica reconocida).

Los residentes están sometidos al deber de confidencialidad/secreto, no solo durante la estancia en el Centro sanitario en el que se esté formando sino también una vez concluida la misma, sin que dicho deber se extinga por la defunción del paciente.

El deber de confidencialidad afecta no solo a “datos íntimos” (incluidos los psicológicos relativos a ideas, valores, creencia, vivencias personales...) sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno (sean íntimos o no) cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento. A tal fin todo el personal en formación suscribirá al inicio de su estancia en el centro sanitario, donde se esté formando, un compromiso de confidencialidad (Anexo V).

3.4. Limitación número de residentes por paciente

Salvo supuestos especiales consentidos por el paciente y para preservar la intimidad de éste, durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán estar presentes más de tres residentes/paciente.

El número máximo de personas en formación de presencia física ante el paciente no podrá exceder de cinco, computando los alumnos.

4. DIVULGACIÓN DEL PROTOCOLO

Se incluye en este documento un resumen de las instrucciones sobre preservar la intimidad de los pacientes y la confidencialidad de los datos clínicos destinadas a estudiantes (anexo VI) y a residentes (anexo VII), que se les entregará en el momento de firmar el compromiso de confidencialidad.

El protocolo completo se distribuirá a los residentes en el momento de su incorporación al Departamento de Salud de Castellón y a los alumnos, antes de su incorporación, a través de los responsables docentes. También estará disponible en la página web y en la intranet.

5. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

- El artículo 18.1 Y 18.4 de la Constitución Española
- La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD) y su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto, 1720/2007, de 21 de diciembre.
- 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 (LBAP).
- Los artículos 197 y 199 del Código Penal que se refieren al deber de secreto profesional
- La ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada
- El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud
- El artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, De protección Jurídica del Menor
- La ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
- Orden SSI/81/2017 de 19 de enero por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en ciencias de la salud, de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

ANEXO: documento para la información a los pacientes de la presencia de estudiantes en el hospital



ACTIVIDAD PRÁCTICA DOCENTE

Uno de los aspectos fundamentales para conseguir las altas cotas de calidad de nuestro sistema sanitario se apoya en la formación excelente de sus profesionales.

Se encuentra usted en un **Hospital Universitario**. En consecuencia, aquellos estudiantes de las titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud que se encuentren realizando actividades de formación práctica docente en este centro sanitario, participarán en la asistencia sanitaria de los pacientes para garantizar el desarrollo de las competencias necesarias para el adecuado ejercicio, en el futuro, de la medicina, la enfermería u otras titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud.

Le informamos que durante su estancia en este centro pueden existir estudiantes en prácticas y, en cumplimiento de la legislación vigente (*), solicitamos su consentimiento para que puedan presenciar las actuaciones clínicas que se le vayan a practicar y para que realicen algún tipo de exploración física, procedimiento clínico o intervención con fines formativos, siempre bajo la supervisión directa de los profesionales sanitarios.

Si usted desea oponerse a que los estudiantes estén presentes, deberá comunicarlo acudiendo directamente al Servicio de Atención al Paciente (SAIP) del Hospital (de lunes a viernes de 8,00 a 15,00 h, excepto festivos), sin que ello produzca ningún menoscabo en su asistencia.

(*Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, así como 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

Avgda. Benicàssim, s/n 12004 Castelló - Tel. (+34) 964 725000 - www.castello.san.gva.es



ACTIVITAT PRÀCTICA DOCENT

Un dels aspectes fonamentals per a aconseguir les altes cotes de qualitat del nostre sistema sanitari es recolza en la formació excel·lent dels seus professionals.

Es troba vosté en un **Hospital Universitari**. En conseqüència, aquells estudiants de les titulacions relacionades amb les ciències de la salut que es troben realitzant activitats de formació pràctica docent en este centre sanitari, participaran en l'assistència sanitària dels pacients per a garantir el desenvolupament de les competències necessàries per a l'adequat exercici, en el futur, de la medicina, la infermeria o altres titulacions relacionades amb les ciències de la salut.

Li informem que durant la seua estada en este centre poden existir estudiants en pràctiques i, en compliment de la legislació vigent (*), sol·licitem el seu consentiment perquè puguem presenciar les actuacions clíniques que se li vagen a practicar i perquè realitzen algun tipus d'exploració física, procediment clínic o intervenció amb fins formatius, sempre sota la supervisió directa dels professionals sanitaris.

Si vosté desitja oposar-se que els estudiants estiguen presents, haurà de comunicar-ho acudint directament al Servei d'Atenció al Pacient (SAIP) de l'Hospital (de dilluns a divendres de 8.00 a 15.00 h, excepte festius), sense que això produisca cap menyscabament en la seua assistència.

(*Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, així com Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'Autonomia del Pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica

Avgda. Benicàssim, s/n 12004 Castelló - Tel. (+34) 964 725000 - www.castello.san.gva.es

ANEXO III: Documento para oponerse a la presencia de estudiantes

NO CONSENTIMIENTO PRÁCTICAS ESTUDIANTES

D.con nº SIP, manifiesto mi OPOSICIÓN a que los/las estudiantes de las titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud que se encuentren realizando actividades de formación práctica docente en este centro sanitario puedan presenciar las actuaciones clínicas que se me vayan a practicar y/o para que realicen algún tipo de exploración física, procedimiento clínico o intervención con fines formativos, siempre bajo la supervisión directa de los/las profesionales sanitarios.

Esta oposición la ejerzo en cumplimiento de la legislación vigente (*) y sin que ello produzca ningún menoscabo en mi asistencia.

En Castellón a de de

Fdo.:

(*)Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, así como 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

ANEXO IV: compromiso de confidencialidad estudiantes COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A ALUMNADO

D.con
DNI/NIF/NIE.....tiene la condición de personal en formación en régimen de
alumnado en Centro Sanitario del DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN como:

- Alumno Universitario de Grado:
 - Medicina
 - Enfermería
 - Otros.....
- Estudiantes Universitarios de Post-grado/ Investigadores:
 - Máster
 - Doctorado
 - Investigador
- Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria:
 - Técnico de grado medio
en.....
 - Técnico de grado superior
en.....

Declara que,

- 1- Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
- 2- También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.
- 3- De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información /documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
- 4- Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
- 5- Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan las pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos relacionados con las Ciencias de la Salud.
- 6- Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado.

En Castellón a..... de..... de.....

Fdo.:

Ejemplar interesado

Ejemplar Centro Sanitario

ANEXO V: compromiso de confidencialidad residentes

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A RESIDENTES

D., con D.N.I./NIE/NIF tiene la condición de personal en formación en régimen de residencia en la Unidad Docente acreditada del Centro Sanitario HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN como:

Residentes de la Especialidad de relacionada en el Anexo I del RD 183/2008 de 8 de febrero, con la titulación de..... (*Médico, Farmacéutico, Enfermero, Psicólogo, Biólogo, etc.*)

Residente de la especialidad de..... en rotación procedente de Centro Sanitario..... (*especificar centro de origen*)

Profesionales sanitarios extranjeros en estancia formativa autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (*art. 21 del RD 183/2008, de 8 de febrero*) en la especialidad de.....

Profesionales sanitarios de la Unión Europea en periodo de ejercicio profesional en prácticas (*art. 10 del RD 1837/2008 de o de noviembre*) en la especialidad de.....

Profesionales sanitarios extracomunitarios en periodo de ejercicio profesional en prácticas o en periodo complementario de formación (*art. 8 del RD 459/2010 de 16 de abril*) en la especialidad de.....

Declara que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. Comprometiéndose con ello a no facilitar a terceros las contraseñas o claves de acceso que le haya proporcionado el centro para su exclusivo uso personal.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación y a la asistencia sanitaria al paciente, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los residentes de Ciencias de la Salud.
6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles. Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por triplicado,

En Castellón a..... de..... de.....

Fdo.:

Ejemplar interesado

Ejemplar Centro Sanitario

Ejemplar Comisión de Docencia

ANEXO VI: Instrucciones sobre intimidad y confidencialidad para estudiantes

Instrucciones para personal en formación

1. Todas las personas que participen en el proceso asistencial deberán respetar la dignidad y la intimidad de los pacientes.
2. El personal en formación actuará conforme a las indicaciones de sus responsables de docencia/tutores, o en su ausencia al personal del staff.
3. No se podrá compartir información de carácter personal relativa a los pacientes, incluyendo imágenes, a través de cualquier medio que no se encuentre sujeto a los sistemas de seguridad de los centros sanitarios.
4. Los pacientes tienen derecho a saber que hay alumnos en formación presentes en su proceso asistencial. La dirección del Centro Sanitario les facilitará una tarjeta identificativa que se colocará en lugar visible del uniforme conteniendo los datos personales, fotografía y referencia expresa al grupo al que pertenece el alumno. Concluido el periodo de prácticas en el centro, será obligatorio devolver la tarjeta identificativa a los servicios de personal del centro.
5. Con carácter previo al inicio del acto asistencial el profesional responsable informará al paciente o su representante sobre la presencia de estudiantes, solicitando su consentimiento verbal para que presencien las actuaciones clínicas. Si el paciente consiente que los alumnos estén presentes durante el acto clínico, se reiterará su consentimiento en el caso de que se considerara adecuada la realización de algún tipo de exploración física, procedimiento clínico o intervención con fines formativos.
6. Los alumnos estarán supervisados en todo momento, no pudiendo acceder al paciente ni a la información clínica sobre el mismo, sin la supervisión directa del personal del centro responsable de su formación o personal en quien se delegue.
7. Durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán estar presentes más de tres alumnos por paciente.
8. Los alumnos solo podrán acceder a la historia clínica bajo la supervisión de su profesor o personal sanitario del staff en el que delegue, siempre que

ambos puedan acceder a la misma por su vinculación asistencial con la práctica clínica/formativa que se esté realizando.

9. Los alumnos están sometidos al deber de confidencialidad/secreto, no solo durante la estancia en el Centro sanitario en el que se esté formando sino también una vez concluida la misma, sin que dicho deber se extinga por la defunción del paciente.
10. El deber de confidencialidad afecta no solo a “datos íntimos” (incluidos los psicológicos relativos a ideas, valores, creencia, vivencias personales...) sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno (sean íntimos o no) cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento. A tal fin todo el personal en formación suscribirá al inicio de su estancia en el centro sanitario, donde se esté formando, un compromiso de confidencialidad.

ANEXO VII: Instrucciones sobre intimidad y confidencialidad para residentes

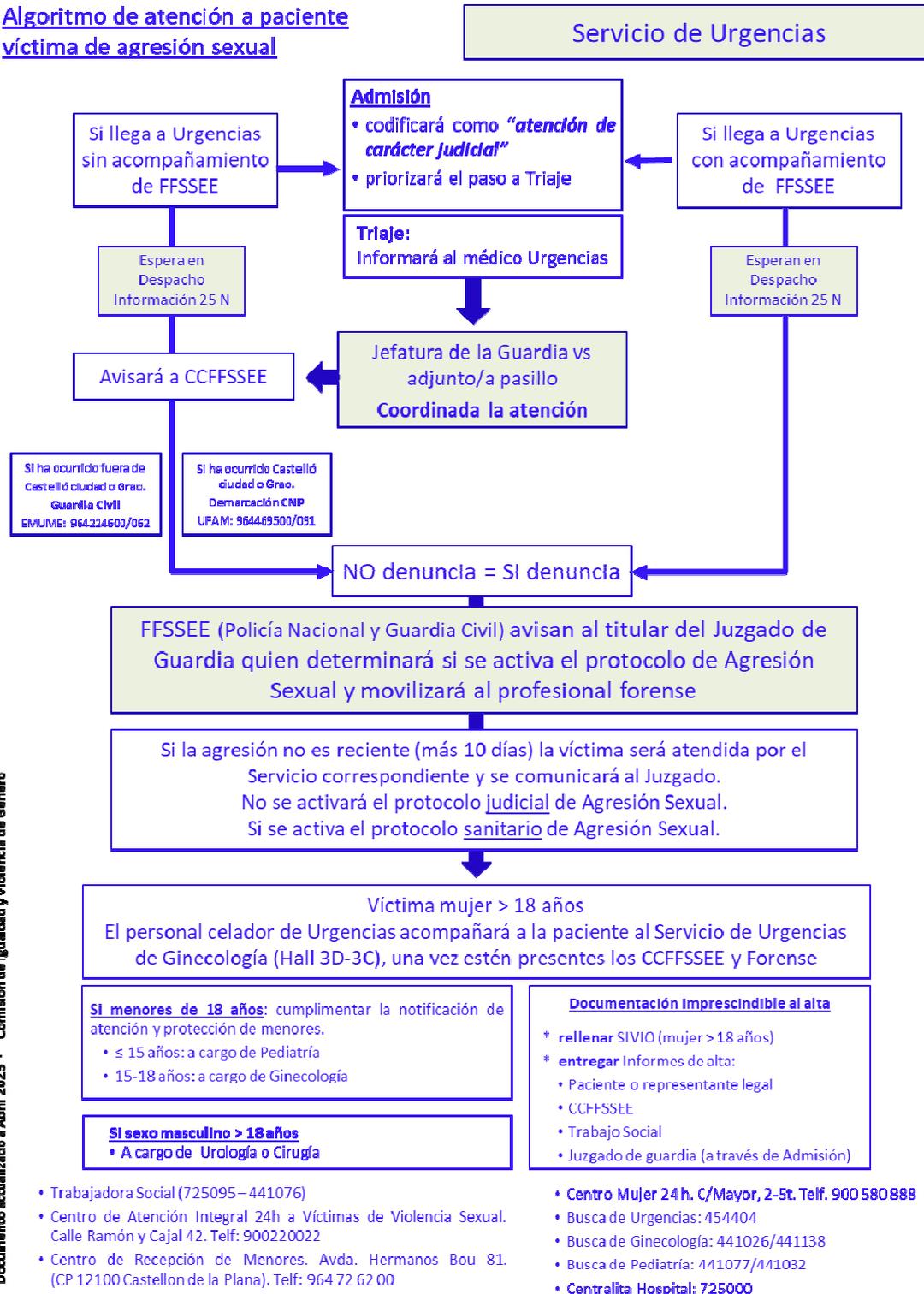
Instrucciones para residentes

1. Todas las personas que participen en el proceso asistencial deberán respetar la dignidad y la intimidad de los pacientes.
2. El personal en formación actuará conforme a las indicaciones de sus responsables de docencia/tutores, o en su ausencia al personal del staff.
3. No se podrá compartir información de carácter personal relativa a los pacientes, incluyendo imágenes, a través de cualquier medio que no se encuentre sujeto a los sistemas de seguridad de los centros sanitarios.
4. Los pacientes tienen derecho a saber que residentes en formación intervienen en su proceso asistencial por lo que la dirección del centro sanitario les facilitará una tarjeta identificativa que incluya su nombre, apellidos, fotografía y referencia expresa a la especialidad y año de residencia, o referente a otros supuestos (en rotación externa o estancias formativas de extranjeros). Los residentes en formación estarán obligados a presentar de forma visible la tarjeta identificativa proporcionada por la dirección del centro, a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y demás profesionales del centro. Concluido el periodo de prácticas en el centro, será obligatorio devolver la tarjeta identificativa a los servicios de personal del centro.
5. La supervisión de residentes de primer año será de presencia física. En los supuestos en los que el residente ya haya cursado otra especialidad la supervisión física del mismo durante el primer año podrá graduarse según las características personales del residente y de la especialidad cursada con anterioridad. A partir del segundo año de formación, los residentes tendrán acceso directo al paciente de forma progresiva, como establece el Protocolo de asunción progresiva de responsabilidad elaborado por este centro sanitario.
6. Durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán estar presentes más de tres residentes/paciente.

7. Los residentes en formación de cualquier año, por ser personal asistencial y trabajadores del Centro, tienen derecho a acceder a la historia clínica de los **pacientes implicados en las actuaciones asistenciales que realicen en cada momento.**
8. Los responsables del centro sanitario facilitarán a los residentes el acceso a la historia clínica mediante un mecanismo de autenticación (a través de una tarjeta identificativa y firma electrónica reconocida).
9. Los residentes están sometidos al deber de confidencialidad/secreto, no solo durante la estancia en el Centro sanitario en el que se esté formando sino también una vez concluida la misma, sin que dicho deber se extinga por la defunción del paciente.
10. El deber de confidencialidad afecta no solo a “datos íntimos” (incluidos los psicológicos relativos a ideas, valores, creencia, vivencias personales...) sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno (sean íntimos o no) cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento. A tal fin todo el personal en formación suscribirá al inicio de su estancia en el centro sanitario, donde se esté formando, un compromiso de confidencialidad.

ANEXO IV: PROTOCOLO E INFORME SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y AGRESIÓN SEXUAL

Algoritmo de atención a paciente víctima de agresión sexual



PROTOCOLO CONSELLERIA DE SANITAT PARA LA ASISTENCIA SANITARIA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS :
<https://castellon.san.gva.es/igualtat>

INFORME MÉDICO POR PRESUNTA VIOLENCIA DE GÉNERO (PERSONAS ADULTAS)- SIVIO

- Debe cumplimentarse cuando se haya confirmado un caso de violencia de género/doméstica
- Sólo pueden cumplimentarlo los/as profesionales con perfil facultativo
- Se tiene que realizar en la aplicación SIVIO, al finalizar se emiten de 2 copias:
 - Víctima
 - Juez/a de guardia

1. DADES DE FILIACIÓ DE LA VÍCTIMA / DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA

NOM I COGNOM / NOMBRE Y APELLIDOS

DATA DE NAIXEMENT
FECHA DE NACIMIENTO

dia / dia mes any / año

SEXE
SEXO

Dona / Mujer Home / Hombre

SIP

ADREÇA / DIRECCIÓN

TELÈFON DE CONTACTE / TELÉFONO DE CONTACTO

VE ACOMPANYADA-AT / VIENE ACOMPAÑADA-O

No Sí

- Forces de seguretat / Fuerzas de seguridad
- Parella (cònjuge, núvio-a...) / Pareja (cónyuge, novio-a...)
- Exparella (excònjuge, exnúvio-a...) / Ex pareja (ex cónyuge, ex novio-a...)
- Familiars (excepte parella o exparella) / Familiares (excepto pareja o ex pareja)
- Amiga o amic / Amiga-o
- Veïna o veí / Vecina-o
- Centre Dona 24 hores / Centro Mujer 24 Horas
- Altres (especificar) / Otros (especificar)

RELACIÓ AMB EL PRESUMPT E AGRESSOR

RELACION CON EL PRESUNTO AGRESOR

- Parella (cònjuge, núvio-a...) / Pareja (cónyuge, novio-a...)
- Exparella (excònjuge, exnúvio-a...) / Ex pareja (ex cónyuge, ex novio-a...)
- Pare / Padre
- Mare / Madre
- Sogre / Suegro
- Sogra / Suegra
- Fill / Hijo
- Filla / Hija
- Germà / Hermano
- Germana / Hermana
- Altres (especificar) / Otros (especificar)

PAÍS D'ORIGEN / PAÍS DE ORIGEN

- Espanya / España
- Un altre país d'Europa Occidental / Otro país de Europa Occidental
- Europa de l'Est / Europa del Este
- Centre o Sudamèrica / Centro o Sudamérica
- Amèrica del Nord / Norteamèrica
- Nord d'Àfrica / Norte de Àfrica
- Resta d'Àfrica / Resto de Àfrica
- Àsia o Oceania / Asia u Oceanía

NIVELL D'ESTUDIS / NIVEL DE ESTUDIOS

- Sense estudis / Sin estudios
- Primaris / Primarios
- Secundaris / Secundarios
- Universitaris / Universitarios

ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL

- Soltera-er / Soltera-o
- Casada-at / Casada-o
- Viuda-o
- Separada-at, divorciada-at / Separada-o, divorciada-o

CONVIU AMB PARELLA/CONVIVE EN PAREJA

No Sí

TÉ MENORS O ALTRES PERSONES DEPENDENTS AL SEU CÀRREC
TIENE MENORES U OTRAS PERSONAS DEPENDIENTES A SU CARGO

No Sí

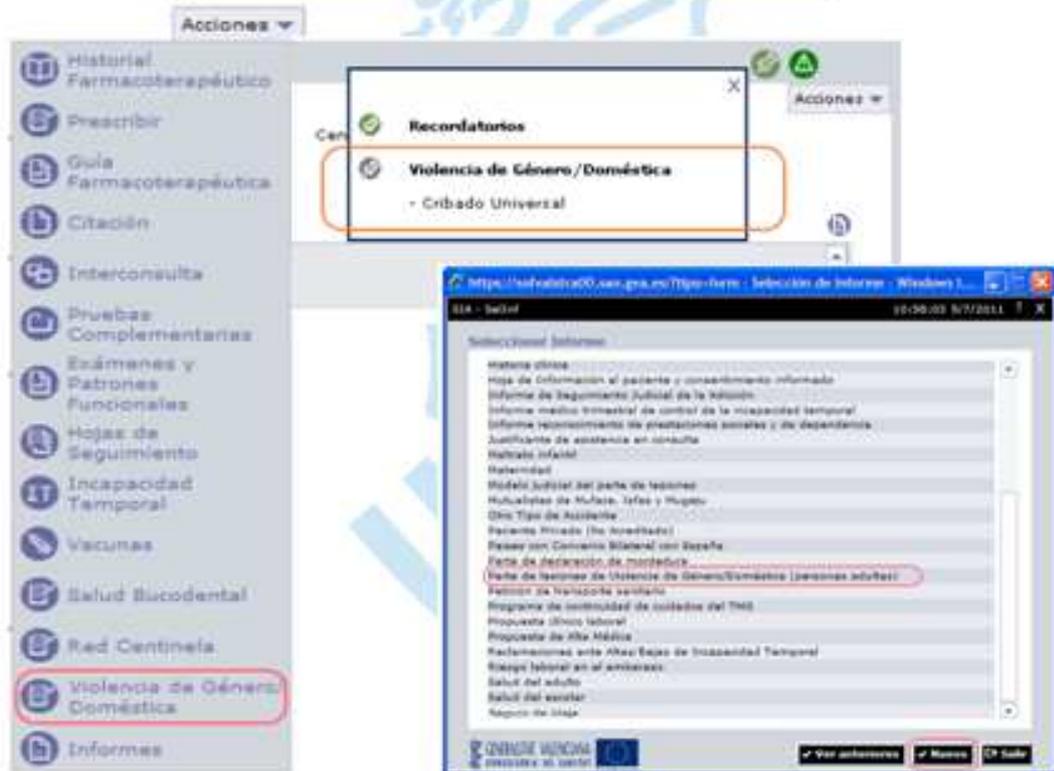
TREBALL REMUNERAT / TRABAJO REMUNERADO

No Sí

EMBARASSADA / EMBARAZADA

No Sí

ACCESO A LA APLICACIÓN SIVIO DESDE SIA



Cuestionario AAS

➤ La primera pregunta es el consentimiento informado

SI NO

Como sabe, la violencia familiar es algo habitual en la vida de muchas mujeres. El embarazo es una situación muy especial y la violencia contra las mujeres, en este momento importante de su vida, puede tener efectos negativos en su salud y en la del/la futuro/a bebé. Por ello estamos preguntando sobre este tema a todas las mujeres embarazadas ¿Puede contestarnos unas preguntas?

En caso de contestar que sí se inicia la cumplimentación del cuestionario AAS

Una vez seleccionemos la/el paciente accedemos al listado de casos

Se : El menú lateral muestra los documentos de ayuda que pueden llevar asignados a cada paso. Este menú se puede ocultar

- Continuar caso: permite continuar un caso con pasos pendientes
- Consultar caso: muestra la información sobre un caso, no permite modificar la información registrada
- Conti Muestra los casos anteriores que tenga la/el paciente sobre violencia de género/doméstica se encuentre el caso (Abierto, Cerrado o Finalizado)
- Solo aparece en las/os profesionales con permisos curativa/o, permite comenzar un caso directamente por el parte de lesiones

Permite iniciar un caso nuevo desde el cuestionario AAS

Muestra: Inicemos un nuevo caso de género/doméstica que tenga pendiente la/el paciente, en este caso tiene activa la Cuando haya alertas, en SIA aparecerán en la barra de alertas del contacto

Nos muestra el cuestionario de confirmación de casos de violencia de género/doméstica (Cuestionario AAS)

Al ser un caso confirmado, si pulsamos siguiente nos lleva al cuestionario de valoración del riesgo de homicidio o suicidio (DA)

Tras marcar las respuestas pulsaremos siguiente y la aplicación calculará automáticamente el plan de intervención a aplicar:

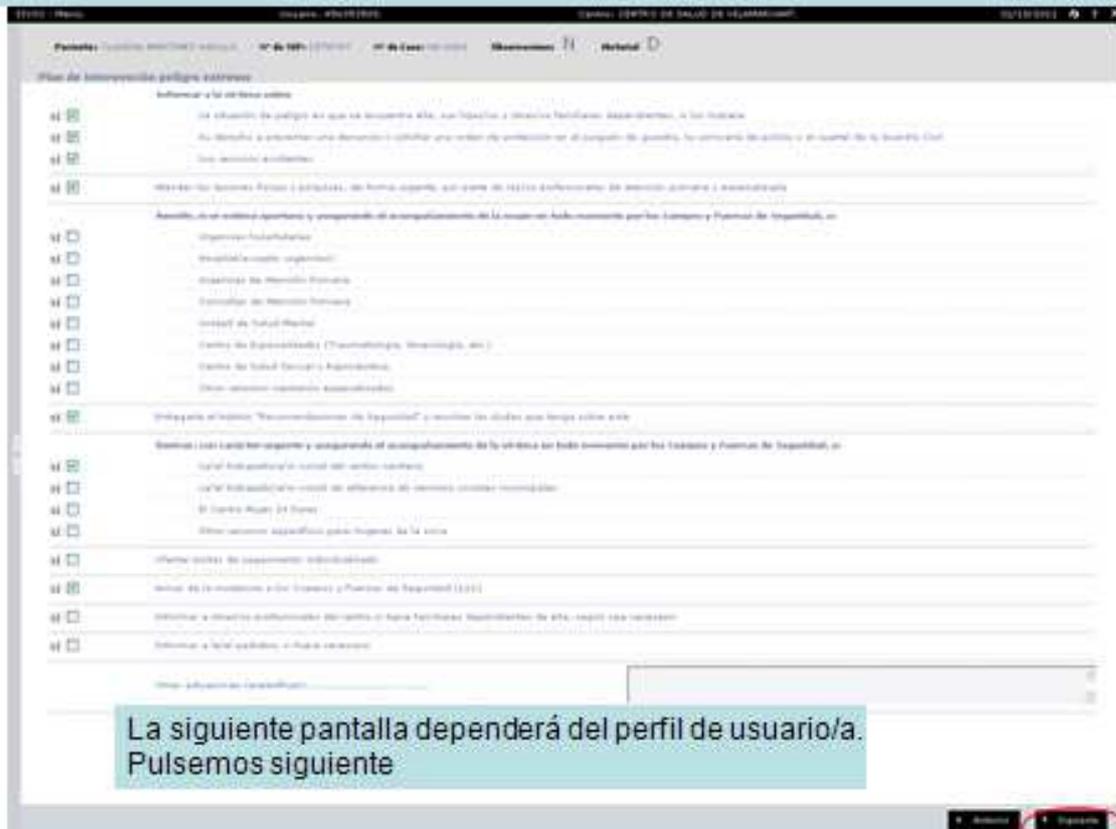
- Si $DA < 4 \rightarrow$ la mujer no se encuentra en situación de peligro extremo. El/la profesional debe revisar contenido preguntas para decidir si esta ante un caso de peligro extremo o no extremo
- Si $DA \geq 4 \rightarrow$ Peligro extremo

Pulemos ahora Siguiente

Al ser el $DA < 4$, nos aparece la ventana de decisión.

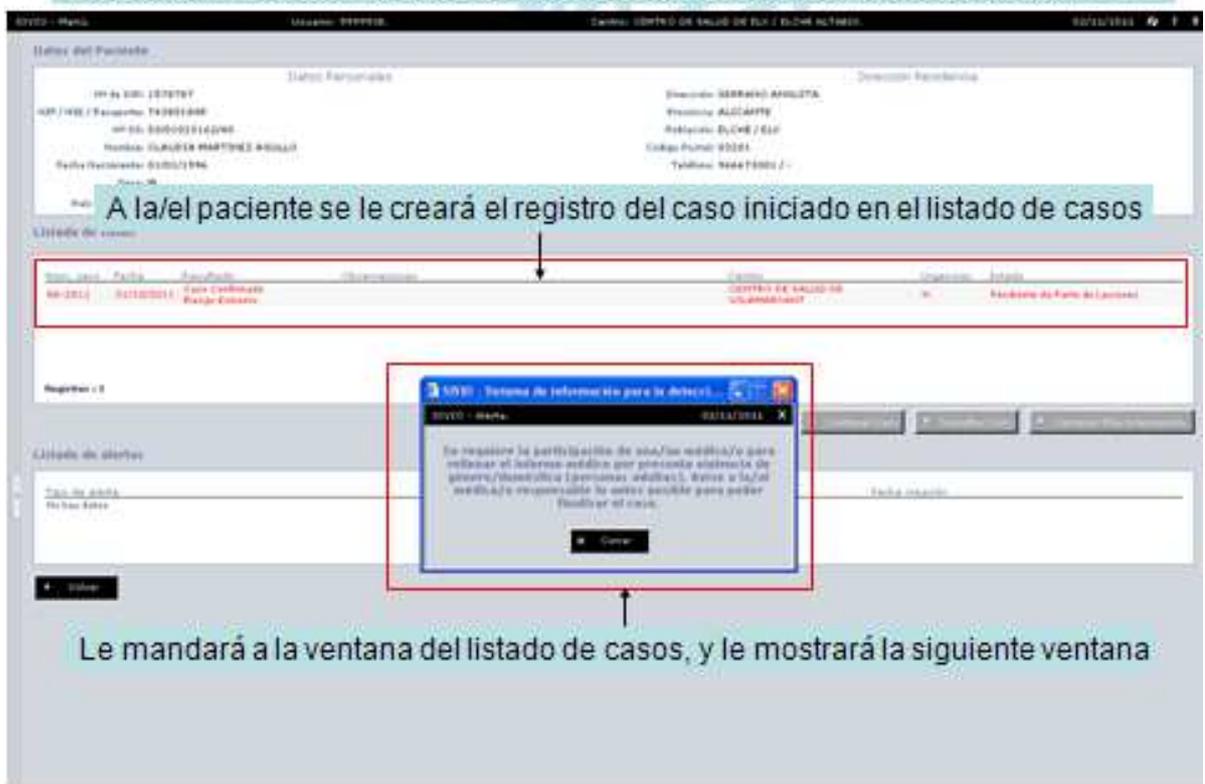
En este caso, dado que ha dicho que ha intentado estrangularla, consideraremos que es Riesgo extremo. Marquemos Riesgo extremo

Nos muestra el Plan de intervención correspondiente (en este caso el de peligro extremo)



La siguiente pantalla dependerá del perfil de usuario/a.
Pulsemos siguiente

Cuando la/el profesional tenga perfil no facultativo/a, no le dejará hacer el Informe Médico por Presunta Violencia de Género/Doméstica (personas adultas) (IMPV)



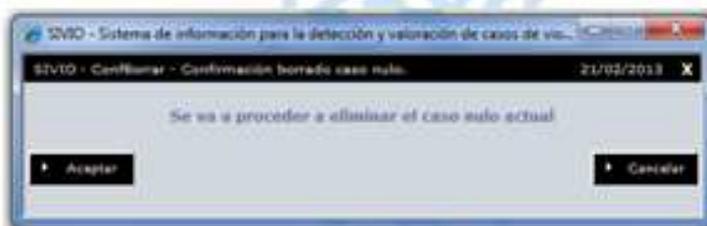
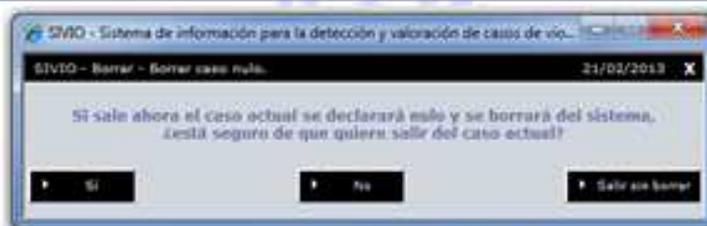
Si el usuario/a es un/a facultativo/a le permitirá rellenar el IMPV

Una vez finalizado el parte de lesiones:

- generará un pdf para imprimir dos copias (paciente y juzgado)
- registrará la información del caso y saldrá a la pantalla del listado de casos

En el menú lateral siempre tendremos los documentos de ayuda que se pueden consultar en pantalla, guardar o imprimir

MUY IMPORTANTE
SI SE INICIA UN CASO POR ERROR Y NO SE FINALIZA EL AAS



Centro de Atención Telefónica Sanitaria
Tel.: 902 39 39 99 / 989500, E-mail: cats@gva.es

ANEXO V: INFORME SOBRE PROTECCIÓN DE MENORES

		<p align="center">FULL DE NOTIFICACIÓ PER A L'ATENCIÓ SOCIOSSANITARIA INFANTIL I LA PROTECCIÓ DE MENORS</p> <p align="center">HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIOSSANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES</p>																						
A DADES D'IDENTIFICACIÓ DEL/LA MENOR / DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/LA MENOR																								
NOM / NOMBRE		COGNOMS / APELLIDOS		HOME / HOMBRE <input type="checkbox"/> DONA / MUJER <input type="checkbox"/>																				
				DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO																				
ADREÇA / DOMICILIO		LOCALITAT / LOCALIDAD		CP																				
TELÈFON 1 / TELÉFONO 1		TELÈFON 2 / TELÉFONO 2		SIP																				
DADES DE LA MARE, PARE O PERSONA RESPONSABLE / DATOS DE LA MADRE, PADRE O PERSONA RESPONSABLE		MÉS INFORMACIÓ D'INTERES / OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS																						
B INDICADORS I FACTORS DE RISC OBSERVATS / INDICADORES Y FACTORES DE RIESGO OBSERVADOS																								
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ALTRES INDICADORS O COMENTARIS / OTROS INDICADORES O COMENTARIOS																								
NOTIFICACIÓ PER / NOTIFICACIÓN POR		OBSERVACIÓ / OBSERVACIÓN																						
SOSPITA / SOSPECHA <input type="checkbox"/>		AÏLLADA / AISLADA <input type="checkbox"/>																						
EVIDÈNCIA / EVIDENCIA <input type="checkbox"/>		REITERADA / REITERADA <input type="checkbox"/>																						
Marqueu-ne només una / Marcar sólo una		Marqueu-ne només una / Marcar sólo una																						
C ACTUACIONS ANTERIORS / ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS																								
S'ha informat a la família d'esta notificació <input type="checkbox"/> SÍ Se ha informado a la familia de esta notificación <input type="checkbox"/> NO Per què? ¿Por qué?																								
D SOL·LICITUD D'ACTUACIONS / SOLICITUD DE ACTUACIONES																								
NOTIFICACIÓ DIRIGIDA A / NOTIFICACIÓN DIRIGIDA A:																								
ACTUACIONS SOL·LICITADES / ACTUACIONES SOLICITADAS:																								
E DADES DE LA NOTIFICACIÓ / DATOS DE LA NOTIFICACIÓN																								
DATA DE LA NOTIFICACIÓ / FECHA NOTIFICACIÓN	ÀMBIT QUE NOTIFICA / ÁMBITO QUE NOTIFICA	ADREÇA DEL CENTRE / DOMICILIO DEL CENTRO																						
	A P Hospital	LOCALITAT / LOCALIDAD																						
	Un altre Otro/a:.....	TEL. / FAX:.....																						
PROFESSIONAL / PROFESIONAL		PERSONA QUE NOTIFICA / PERSONA QUE NOTIFICA																						
Metge-Pediatra	Comare-Infermera	Treball Social	Psicòleg	(Opcional: nom, col·legiat... / Opcional: nombre, colegiado...)																				
Médico-Pediatra	Matrona-Enferm.	T. Social	Psicólogo																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<small>Las dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer automatitzat per tal que les tracte l'òrgan administratiu responsable, fent ús de les funcions pròpies que tinga atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències, d'acord amb la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Los datos de carácter personal contenidos en el Impreso podrán ser incluidos en un fichero automatizado para su tratamiento por el órgano administrativo responsable del mismo, en el uso de las funciones propias que tenga atribuidas y en el ámbito de sus competencias, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.</small>																								

Exemplar per a sol·licitar la intervenció / Ejemplar para solicitar la intervención

ANEXO VI: FORMACIÓN ENFERMERÍA INTERNA RESIDENTE

En nuestro Departamento actualmente se puede hacer la residencia de 4 especialidades enfermeras:

- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Pediatría

1.-ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

El personal EIR que inicia la residencia en este hospital pertenece a la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria (UDMAFyC).

Su programa formativo está basado en el programa oficial de la especialidad publicado en BOE (Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio). Este programa formativo se adapta a cada residente mediante al Plan Individual de Formación aprobado en la Subcomisión de enfermería de la UDMAFyC.

LA UNIDAD DOCENTE (UDMAFyC)

Nuestra Unidad Docente está ubicada en el edificio anexo del Hospital General Universitario de Castellón, en la primera planta.

CENTROS DE SALUD DOCENTES

Los centros docentes donde podrás realizar la residencia son:

Centros de Salud en Castellón:

- CS San Agustín.
- CS Rafalafena.
- CS Barranquet.
- CS Pintor Sorolla.
- CS Almassora.
- CS Benicàssim.
- CS L'Alcora.
- CS Gran Vía.
- CS 9 D'Octubre
- CS Illes Columbretes

ACTIVIDAD PRÁCTICA Y TEÓRICA

- El Programa Individual Formativo lo entregará la enfermera de la UDMAFyC , con los turnos de todo el año. Es orientativo, se acopla a cada residente y puede estar sujeto a cambios.
- A lo largo de los dos años de residencia se realizan seminarios teórico/prácticos en la UDMAFyC
- Cada residente deberá de impartir 4 sesiones clínicas al año, pueden ser en el Centro de Salud o dispositivos por donde rote.
- En 2º año, se realizará un trabajo fin de residencia, un trabajo de investigación. El tema será elegido por el residente y asesorado por la UDMAFyC
- Se realizarán evaluaciones periódicas tras cada rotatorio, así como entrevistas trimestrales con el tutor para comentar y valorar el periodo de formación.
- Se realizan de 2 a 4 guardias mensuales en Puntos de Atención Continuada

RESIDENTE DE PRIMER AÑO

La actividad asistencial se distribuye en tres bloques:

- Bloque 1: Atención Primaria I. Duración aproximada de 4,5 meses:
 - Centro de Salud.
- Bloque 2 Hospital. Duración aproximada de 5 meses:
 - Urgencias.
 - Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD).
 - Endocrinología: Unidad de Educación Diabetológica.
 - Nefrología: Consulta Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA).
 - Cirugía Vascolar.
 - Rehabilitación Cardíaca.
 - Técnicas de Neumología.
 - Medicina preventiva.
 - Bloque 3. Duración 1,5 meses. Atención primaria II :
 - Centro de Salud sexual y reproductiva.
 - Centro de Salud.

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

La actividad asistencial se distribuye en 3 bloques.

- Bloque 4. Duración 2 meses:
 - Salud Pública.
- Bloque 5. Duración 1 mes:
 - Salud Mental:
- Bloque 6. Duración 7,5 meses:
 - Atención primaria III: Centro de Salud

Estancia electiva (rotatorio externo): Duración 0,5 meses.

2.-ENFERMERÍA OBSTÉTRICO GINECOLÓGICA (MATRONA)

El personal EIR que inicia la residencia en este hospital pertenece a la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) que se encuentra en la EVES, en Valencia.

Su programa formativo está basado en el programa oficial de la especialidad publicado en el BOE 129, de 28 de mayo de 2009 (Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo). Este programa formativo se adapta a cada residente mediante al Plan Individual de Formación.

ACTIVIDAD PRÁCTICA Y TEÓRICA

- La planilla de trabajo será entregada por las tutoras en junio, con los turnos de todo el año, pudiendo estar sujeto a cambios.
- Se dispone de 40 horas de formación. Las tutoras fomentaran la participación en cursos, congresos...
- Será necesario la realización mínima de una sesión/caso clínico por año, relacionado con la temática de la formación.
- La Unidad Docente requerirá la realización de un trabajo de investigación, con su protocolo previo. El tema será elegido en consenso con el profesorado y directora de la EVES durante los periodos de formación teórica.
- Se realizarán evaluaciones periódicas (aproximadamente 4 al año) para valorar el paso y el avance de la formación, así como reuniones con las tutoras para comentar y valorar el periodo de formación.
- Todo el trabajo asistencial se deberá registrar de manera codificada para preservar los datos de los pacientes en registros específicos para cada rotatorio. Posteriormente se supervisarán por las tutoras.

RESIDENTE DE PRIMER AÑO

- **Actividad teórica:**

Se realiza en la Escuela Valenciana de estudios para la salud (EVES) que se encuentra en la ciudad de Valencia. Las clases se distribuyen durante el año en periodos de uno o dos días a la semana, reflejados en el calendario enviado por la UD.

El horario de las clases es de 10 a 14:30 y de 15:30 a 19:30 horas.

- **Actividad asistencial:** se distribuye en diferentes rotatorios:

- Servicio de Paritorio:

Distribuido durante todo el año por periodos de diferente duración, pudiendo completarse en fin de semana y en festivos.

Horario: jornada diurna de 08:00 a 22:00 o nocturna de 22:00 a 8:00h.

El número de jornadas nocturnas a realizar durante el año es de 22. Durante el periodo de clases de formación se realizarán jornadas nocturnas para no perder contacto con el servicio.

- Planta de maternidad y de ginecología. 2 semanas.

Una semana en cada una de las unidades, en horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes

- Unidad de neonatos/UCI pediátrica: 2 semanas:

En horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

- Centro de Salud con la matrona de Atención Primaria. 10 semanas:

El centro de salud será asignado por las tutoras. Horario: de 8:00 a 15:00 horas o de 15:00 a 21:00 horas (el mismo que tenga la matrona colaboradora).

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

- **Actividad teórica:**

Se realiza en la Escuela Valenciana de estudios para la salud (EVES) que se encuentra en la ciudad de Valencia. Las clases se distribuyen durante el año en periodos de uno o dos días al mes, reflejados en el calendario enviado por la UD.

El horario de las clases es de 10 a 14:30 y de 15:30 a 19:30 horas.

- **Actividad asistencial:** se distribuye en diferentes rotatorios:

- Servicio de Paritorio. Distribuido durante todo el año por periodos de diferente duración, pudiendo completarse en fin de semana y en festivos.

Horario: diurno de 08:00 a 22:00 o nocturno de 22:00 a 8:00h.

El número de jornadas nocturnas a realizar durante el año es de 22.

Durante el periodo de clases de formación se realizarán turnos nocturnos para no perder contacto con el servicio.

- Servicio de Quirófano de Obstetricia y Ginecología. 2 semanas:

Horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

- Centro de Salud con la matrona de Atención Primaria. 10 semanas:

El centro de salud será asignado por las tutoras. Horario: de 8:00 a 15:00 horas o de 15:00 a 21:00 horas (el mismo que tenga la matrona colaboradora).

- Consultas Externas de Ginecología y Obstetricia. 4 semanas.
Se realizarán en el HGUCS y en el Centro de Especialidades Jaime I. El horario será de 8:00 a 15:00 horas.
- Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSyR). 6 semanas:
El centro será asignado por las tutoras. El horario será de 08:00 a 15:00 horas.

3.-ENFERMERÍA DEL TRABAJO

El personal EIR que inician la residencia en este hospital pertenecen a la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de la Comunidad Valenciana (UDMSL-CV).

Su programa formativo está basado en el Programa oficial de la especialidad de Enfermería del Trabajo, publicado en BOE. Este programa formativo se ha adaptado al Plan Docente de Residentes de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana que coordina la EVES, al Plan Docente de la Comisión de Docencia de este Hospital, y al Plan Docente de la propia UDMSL-CV.

EL SERVICIO

Nuestro servicio de referencia es el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de la Conselleria de Sanitat, en concreto la Unidad Periférica nº 1 que está ubicada en el Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS), en la planta baja del Edificio Anexo que se encuentra enfrente del hospital.

PERSONAL

En la actualidad, contamos con 2 Médicos del Trabajo: Carmen Bellido (Jefa del Servicio) y Alina Dunca, 2 Enfermeras del Trabajo: Paqui Barrachina (Tutora EIR) y Carmen Altava, Personal Técnico de todas las especialidades de prevención, y una secretaria.

También contamos con personal en formación: Residentes de Medicina del Trabajo y Residentes de Enfermería del Trabajo. En cada convocatoria anual se oferta una plaza de cada una de estas especialidades.

ACTIVIDAD PRÁCTICA Y TEÓRICA

- El Programa Individual Formativo lo entregará la tutora al inicio, con los turnos de todo el año, es orientativo, se acopla a cada residente y puede estar sujeto a cambios.
- Se dispone de 40 horas de formación al año. Las tutoras fomentaran la participación en charlas, jornadas, cursos y congresos como el Congreso Nacional de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en el Ámbito Sanitario, que se da cita cada año en el Hospital 12 de Octubre en Madrid.
- Los EIR del Trabajo participan tanto en las sesiones que se realizan en el servicio como en algunos de los rotatorios de especializada.
- Será necesario la realización y exposición mínimo de una sesión/caso clínico en el SPRL por año relacionado con la temática de la formación, a parte de las que se requerirán desde la Unidad Docente en la EVES.
- En 2º año, la UDM requerirá la realización de un trabajo fin de residencia, un protocolo de investigación. El tema será elegido en consenso con los tutores, escogidos libremente por cada alumno.
- Se realizarán evaluaciones periódicas tras cada rotatorio, así como entrevistas trimestrales con las tutoras para comentar y valorar el periodo de formación.

- El residente, si quiere ampliar su formación, tiene la oportunidad de realizar rotatorios por especialidades que no existen en otros hospitales como la Unidad Terapéutica Hiperbárica y la Unidad del Sueño.
- Existe la posibilidad de realizar rotatorios externos no reglados con una duración máxima de 4 meses a lo largo de los dos años; dos meses más que el resto de especialidades para tener la posibilidad de conocer el desarrollo de la actividad profesional de los enfermeros del trabajo en otros sectores de actividad fuera del sector sanitario. Durante el primer año existe la posibilidad de realizarlo en una Mutua y durante el segundo año en Servicios de Prevención Propios.

RESIDENTE DE PRIMER AÑO

- **Actividad teórica:**
Se realiza en la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de la Comunidad Valenciana (UDMSL-CV) situada en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), que se encuentra en Valencia.

Las clases se distribuyen durante el año en 5 períodos de 1 semana, cada mes y medio aproximadamente, a determinar por la EVES. Los horarios de las clases son: de 10:00 a 14:00 y de 15:00 a 19:00 horas.

- **Actividad asistencial:** se distribuye en diferentes rotatorios:
 - **Servicio de Prevención:**
Durante todo el año en periodos de diferente duración. El horario será de jornada diurna de 08:00 a 15:00h.
También se realizarán guardias, entre 2 y 4 al mes, en Puertas de Urgencias Generales del HGUCS.
 - **Traumatología y Urgencias. 2 semanas:**
En horario de 08:00 a 15:00h, generalmente al principio para tomar contacto antes de iniciar las guardias.
 - **Consultas Externas de Cardiología: 2 semanas:**
En horario de 8:00 a 15:00 horas, en el HGUCS
 - **Consultas Externas de Oftalmología, Dermatología y Otorrino: 2 semanas en cada unidad.**
En horario de 08:00 a 15:00h, en el Centro de Especialidades Jaime I.
 - **Consultas externas de Alergología: 2 semanas.**
En horario de 08:00 a 15:00h, en el HGUCS.
 - **Servicio de Rehabilitación: 2 semanas.**
En horario de 08:00 a 15:00h, en el HGUCS, incluyendo tanto fisioterapia como Rehabilitación Cardíaca.
 - **Atención Primaria: Duración aproximada de 4 semanas:**
El Centro de Salud será asignado por la tutora. Horario: de 8:00 a 15:00 horas.
 - **Medicina Preventiva: 4 semanas.**
En horario de 08:00 a 15:00h, en el HGUCS.
 - **Servicio de Radiodiagnóstico: 2 semanas.**
En horario de 08:00 a 15:00h, en el HGUCS.

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

- **Actividad asistencial:** Distribuida en diferentes rotatorios:

- Servicio de Prevención. Durante todo el año en periodos de diferente duración. El horario será de jornada diurna de 08:00 a 15:00h. También se realizarán guardias, entre 2 y 4 al mes, en Traumatología de Urgencias del HGUCS.
- Servicio de Salud Mental y Unidad de Conductas Adictivas (UCA):
2 semanas en Salud Mental en horario de 8:00 a 15:00h en el equipo de primaria de SM en el Centro de Salud Rafalafena.
1 semana en la UCA en horario de 8:00 a 15:00 horas, en el CS San Agustín.
- Inspección de Servicios Sanitarios. 1 semana:
En su sede de Castellón o Vila-Real, con una Enfermera Inspectora con la especialidad de Enfermería del Trabajo, en horario de 08:00 a 15:00h.
- Servicio de Neumología. 2 semanas.
En horario de 08:00 a 15:00h, en Pruebas Funcionales de Neumología y Consultas Externas en el HGUCS.
- Salud Pública y Salud Laboral. 2 semanas:
En horario de 08:00 a 15:00h, en el centro de Salud Pública de Castellón.

ENFERMERÍA PEDIATRÍA

Consulta toda la información en:

<https://castellon.san.gva.es/es/unidad-docente-multiprofesional-de-pediatria>

Este documento se encuentra en continua revisión de contenidos, por lo que alguna de la información facilitada puede no estar actualizada