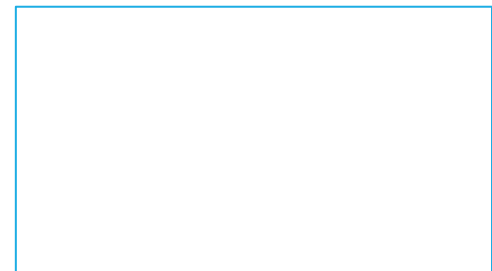


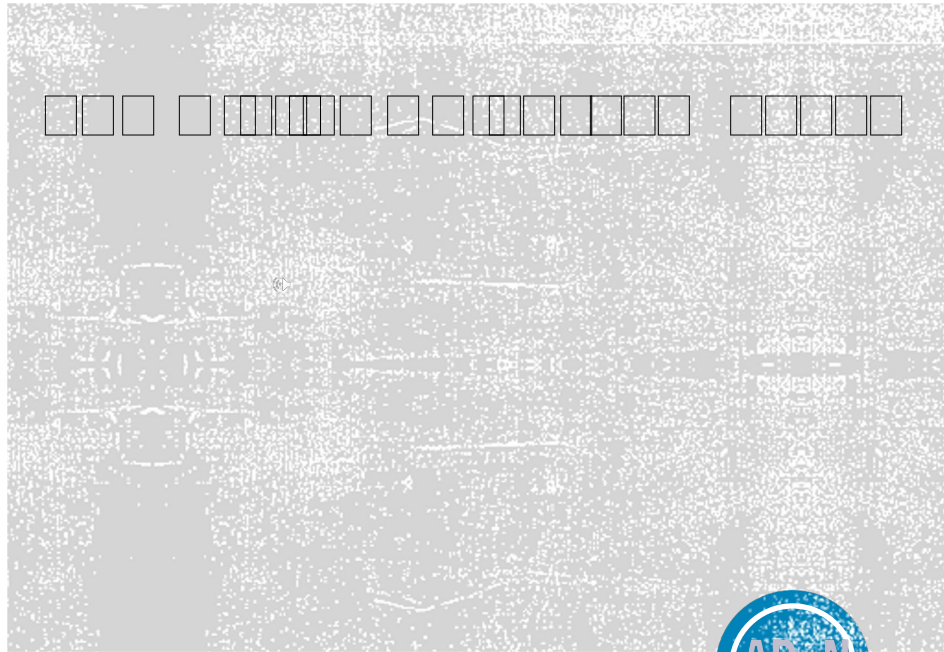
- ✓ **Ley de Derechos y Deberes en materia de salud en CLM**
- ✓ **Documentación clínica.**





www.academia-adn.es

@academia_adn.es



**DERECHOS Y DEBERES EN
MATERIA DE SALUD EN
CASTILLA-LA MANCHA.**

LEY 5/2010 de 24 de junio

LEY 5/2010 de 24 de junio

- ✓ **TÍTULO PRELIMINAR Disposiciones generales.**
- ✓ **TÍTULO I Derechos de las personas en materia de salud**
 - CAPÍTULO I Derechos relativos a la intimidad y la confidencialidad
 - CAPÍTULO II Derechos relativos a la información sanitaria.
 - CAPÍTULO III Derechos relativos a la autonomía de la voluntad-
 - Sección 1.º Principios y límites
 - Sección 2.º Consentimiento informado.
 - Sección 3.º Voluntades Anticipadas.
 - CAPÍTULO IV Derechos relativos a la documentación sanitaria.
 - Sección 1.º Historia clínica.
 - Sección 2.º Del informe de alta y otra documentación clínica.
 - CAPÍTULO V Derechos relacionados con los servicios asistenciales.

LEY 5/2010 de 24 de junio

- ✓ **TÍTULO II Deberes de las personas en materia de salud**
- ✓ **TÍTULO III Derechos de los profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.**
- ✓ **TÍTULO IV Deberes de los profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.**
- ✓ **TÍTULO V Régimen sancionador.**

LEY 5/2010 de 24 de junio

TÍTULO PRELIMINAR: Disposiciones generales.



LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 1. Objeto de la Ley.

Regular, en el marco de la legislación básica del Estado, los derechos y deberes en materia de salud, tanto de los pacientes y usuarios como de los profesionales en Castilla-La Mancha.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1. Incluye a todas las personas que residan en los municipios de Castilla-La Mancha. Quienes no residan en ella gozarán de dichos derechos en la forma y condiciones previstas en la legislación.
2. Profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, **tanto públicos como privados**, estén o no concertados con el Sescam.
3. Los preceptos contenidos en la presente Ley referidos al Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha serán de exclusiva aplicación a los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o adscritos al mismo.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 3. Principios generales de la Ley.

- a) La equidad en el acceso a los servicios.
- b) La dignidad de las personas y el respeto a sus valores morales, culturales, religiosos,...
- c) La corresponsabilidad y participación del paciente y usuario en el adecuado uso de las prestaciones y recursos.
- d) La participación del paciente y usuario en las actuaciones sanitarias
- e) El respeto a la autonomía de la voluntad del paciente.
- f) La garantía a la información y documentación clínica.
- g) La calidad y seguridad de los servicios y prestaciones sanitarias.
- h)

LEY 5/2010 de 24 de junio

TÍTULO I: Derechos de las personas en materia de salud.



LEY 5/2010 de 24 de junio

CAPÍTULO I: Derechos relativos a la intimidad y la confidencialidad.

Artículo 4. Derecho a la intimidad.

1. Toda persona tiene derecho a ser atendida en un medio que garantice su intimidad.
2. Toda persona tiene derecho a limitar la grabación y difusión de imágenes mediante fotografías, videos u otros medios que permitan su identificación.
3. En cualquier actividad de investigación biomédica o en proyectos docentes se garantizará el respeto a la intimidad de las personas.
4. El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 5. Confidencialidad de la información relativa a la salud.

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de la información relacionada con su salud y con su estancia en centros sanitarios, públicos y privados, y a que nadie pueda acceder a ella sin previa autorización amparada por la Ley.



LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 6. Confidencialidad de los datos genéticos.

1. El derecho de confidencialidad comprende la información referida al patrimonio genético.
2. Los centros sanitarios y de investigación garantizarán la protección de la intimidad personal y el tratamiento confidencial de los resultados de los análisis genéticos
3. Deber de secreto para las personas que accedan a estos datos.
4. Cuando la información obtenida, según criterio del médico responsable, sea necesaria para evitar un grave perjuicio para la salud del paciente y la de sus familiares biológicos, se informará al propio paciente y a un familiar biológico próximo

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 7. Confidencialidad de otros datos especialmente protegidos.

1. Confidencialidad de los datos referidos a la ideología, religión, creencias, origen racial, vida sexual, al hecho de haber sido objeto de malos tratos.
2. Obligación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de comunicación y denuncia en los supuestos previstos por la normativa aplicable, especialmente en los casos de abusos, maltratos y vejaciones.

Artículo 8. Régimen de protección.

Los centros, servicios y establecimientos sanitarios tienen la obligación de adoptar las medidas técnicas y organizativas para garantizar los derechos regulados en este Título.

LEY 5/2010 de 24 de junio

CAPÍTULO II: Derechos relativos a la información sanitaria

Artículo 9. Derecho a la información asistencial.

1. Toda persona tiene derecho a recibir la información disponible sobre su proceso y sobre la atención sanitaria recibida.
2. La información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales,
3. Deberá respetarse la voluntad del paciente de no ser informado.
4. La información, como regla general, se proporcionará al paciente verbalmente, dejando constancia escrita en la historia clínica. Será comprensible, adaptada a la capacidad de cada persona,
5. Corresponde al profesional sanitario responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 10. El titular del derecho a la información asistencial.

1. Titular: paciente. A familia también.
2. Menores: lenguaje adecuado a su edad, madurez y estado psicológico.
 - a. En el caso de menores de dieciséis años no emancipados se informará también a los padres o tutores.
 - b. Se informará también a los padres cuando se trate de mayores de dieciséis años o menores emancipados en el supuesto de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo.

LEY 5/2010 de 24 de junio

3. Cuando el paciente carezca de capacidad para comprender la información o para hacerse cargo de su situación a causa de su estado físico o psíquico, se informará a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. En el caso del paciente declarado incapaz, el titular del derecho a la información será el tutor.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 11. Garantía de la información asistencial.

Se asignará al paciente para cada proceso un profesional sanitario, que será el coordinador del proceso asistencial y el responsable de la información.

Artículo 12. Derecho a la información epidemiológica.

Derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud.

Artículo 13. Información no asistencial.

Derecho a recibir información sobre los servicios sanitarios de los centros, así como su cartera de servicios, requisitos y forma de acceso.

LEY 5/2010 de 24 de junio

CAPÍTULO III: Derechos relativos a la autonomía de la voluntad.

➤ Sección 1.^a Principios y límites.

Artículo 14. Principios relacionados con el respeto a la autonomía de la voluntad del paciente.

1. Se deberán respetar las decisiones adoptadas por el paciente sobre su propia salud, una vez que éste haya recibido la información adecuada que le permita valorar la situación.

LEY 5/2010 de 24 de junio

2. La autonomía de la voluntad del paciente comprende:
- ▣ la libertad para elegir de forma autónoma entre las distintas opciones que exponga el profesional sanitario responsable,
 - ▣ para negarse a recibir un procedimiento diagnóstico, pronóstico o terapéutico,
 - ▣ así como para poder en todo momento revocar una anterior decisión sobre su propia salud.

Artículo 15. Límites.

El respeto a las decisiones adoptadas sobre la propia salud no podrá en ningún caso suponer la adopción de medidas contrarias al ordenamiento jurídico, a los derechos de terceras personas y a la buena práctica clínica.

LEY 5/2010 de 24 de junio

➤ Sección 2.^a Consentimiento informado.

Artículo 16. Características de la información previa al consentimiento.

1. La información facilitada al paciente antes de recabar su consentimiento será comprensible, veraz y suficiente, objetiva y adecuada al procedimiento.
 - El encargado de **facilitar la información** será el **profesional sanitario** responsable de la asistencia, el que practique la intervención o aplique el procedimiento.
2. La información se facilitará, por regla general, de forma verbal.
3. La información se facilitará con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente.

LEY 5/2010 de 24 de junio

4. La información que se proporcione al paciente deberá incluir, al menos:
 - a) Identificación y descripción del procedimiento.
 - b) Objetivos del procedimiento.
 - c) Beneficios que se esperan alcanzar.
 - d) Alternativas razonables al procedimiento.
 - e) Consecuencias previsibles de su realización.
 - f) Consecuencias previsibles de la no realización.
 - g) Riesgos frecuentes.
 - h) Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos.
 - i) Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica del paciente y de sus circunstancias personales o profesionales.
 - j) Contraindicaciones.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 17. Renuncia a la información previa al consentimiento.

Deberá obtenerse el consentimiento previo del paciente para la intervención aunque éste haya renunciado al derecho a ser informado



LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 18. El consentimiento informado. (CI)

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento del mismo.
2. La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional sanitario
3. El consentimiento será **verbal, por regla general**. Se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en los procedimientos que impliquen riesgos o inconvenientes.
4. el paciente tendrá derecho a obtener una copia del documento de consentimiento informado que ha firmado.
5. En la H^a. C. deberá constar la información facilitada a efectos del CI.
6. El paciente tiene derecho a revocar, por escrito, libremente su consentimiento en cualquier momento

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 19. Límites del consentimiento informado.

- Riesgo grave para la salud pública.
- Urgencia vital.

Artículo 20. Otorgamiento del consentimiento por representación.

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones
- b) Cuando el paciente esté incapacitado judicialmente para adoptar la decisión.
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención

Cuando se trate de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos no incapaces ni incapacitados, no cabe prestar el consentimiento por representación

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 22. Negativa a recibir un procedimiento sanitario.

En los casos en que el paciente se niegue a recibir un procedimiento sanitario, el profesional responsable de su aplicación deberá informarle acerca de otras alternativas existentes y, en su caso, ofertar éstas cuando estén disponibles, debiendo tal situación quedar adecuadamente documentada en la historia clínica.

De no existir procedimientos sanitarios alternativos disponibles o de rechazarse todos ellos, se propondrá al paciente la firma del **alta voluntaria**. Si no la firmase, la dirección del centro, a propuesta del profesional sanitario responsable, podrá ordenar el **alta forzosa** del paciente.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 23. Advertencia del carácter experimental de los procedimientos o de su uso en proyectos docentes o de investigación.

- ✓ En el caso de que los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que le pudieran ser aplicados fueran de carácter experimental,..... los centros, sanitarios tienen la obligación de informar y advertir dicha situación al paciente.
- ✓ En ningún caso estos procedimientos podrán comportar un riesgo adicional para su salud, según el estado actual de los conocimientos científicos y técnicos vigentes.

LEY 5/2010 de 24 de junio

➤ Sección 3.^a Voluntades Anticipadas.

Artículo 24. Voluntades Anticipadas.

1. Todas las personas tienen derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias que les puedan afectar en el futuro en el supuesto de que en el momento en que deban adoptar una decisión no gocen de capacidad para ello.
2. El ejercicio de este derecho se llevará a cabo en los términos previstos en la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de Castilla-La Mancha.

LEY 5/2010 de 24 de junio

CAPÍTULO IV: Derechos relativos a la documentación sanitaria.

➤ Sección 1.ª Historia clínica.

Artículo 25. Historia clínica.

1. Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de sus procesos asistenciales.
2. Finalidad principal facilitar la asistencia sanitaria al paciente.
3. Deberá ser completa debiendo constar en la misma toda la información del estado de salud.
4. La historia clínica deberá ser común para cada centro y única por paciente.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 26. Contenido de la historia clínica.

- ▣ Datos de filiación y documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- ▣ La autorización de ingreso.
- ▣ El informe de urgencia.
- ▣ La anamnesis y la exploración física.
- ▣ La evolución.
- ▣ Las órdenes médicas.
- ▣ La hoja de interconsulta.
- ▣ Los informes de exploraciones complementarias.
- ▣ La información facilitada al paciente, previa al consentimiento informado.
- ▣ El consentimiento informado.
- ▣ El informe de anestesia.
- ▣ El informe de quirófano o de registro del parto.
- ▣ El informe de anatomía patológica.
- ▣ La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- ▣ La aplicación terapéutica de enfermería
- ▣ Informe de alta.
- ▣ Documento de voluntades anticipadas.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 27. Cumplimentación de la historia clínica.

Su cumplimentación es un deber de los profesionales sanitarios que intervengan en ella.

Las **anotaciones subjetivas** de los profesionales que intervengan en el proceso asistencial, los datos que afecten a la **intimidad de terceros**,.....**se disociaran**, en su caso.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 28. Usos de la historia clínica.

- Fines asistenciales
- Se establecerán niveles de acceso adecuados al perfil profesional de los diferentes usuarios. (sanitarios, administrativos,...)
- El uso de la historia clínica y su cesión entre centros, servicios y establecimientos sanitarios no requerirá el previo consentimiento del paciente siempre que se realice para la prestación de asistencia sanitaria .
- Fines de inspección, evaluación, acreditación, planificación y comprobación de la calidad de la asistencia.
- Fines docentes, de investigación, epidemiológicos y de salud pública requerirá la previa disociación de los datos clínicos respecto de los de identificación personal (salvo autorización previa)
- Deber de secreto para quienes accedan a la Hº. C.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 29. Acceso por el paciente.

1. El paciente tiene derecho de acceso, con las reservas oportunas (punto 5) a la documentación de la historia clínica. Este derecho puede ejercerse por representación debidamente acreditada.
2. En caso de incapacitados el derecho de acceso se ejercerá en su nombre por las personas que legalmente los representen.
3. En el supuesto de menores de dieciséis años no emancipados el derecho de acceso se ejercerá en su nombre por sus padres, tutores o personas que legalmente les representen. En el caso de **menores emancipados** o con dieciséis años cumplidos, sus **padres, tutores o representantes legales no podrán acceder** a la historia clínica salvo autorización expresa de aquéllos.

LEY 5/2010 de 24 de junio

4. El acceso a la historia clínica de las personas que, por su estado físico o psíquico, carezcan de capacidad suficiente será ejercido por las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.
5. El derecho de acceso a la historia clínica no podrá ser ejercido en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración.
6. **Anotaciones subjetivas:** impresiones de los profesionales sanitarios no sustentadas directamente en datos objetivos o pruebas complementarias y que, en todo caso, resulten de interés para la atención sanitaria al paciente.

LEY 5/2010 de 24 de junio

7. El derecho de acceso conlleva la posibilidad de obtención de copias, así como el de obtener información de sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos y de las comunicaciones realizadas o que se prevean hacer de los mismos.



LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 30. Otros accesos.

El **acceso a la historia clínica** por parte de personas, entes o **entidades ajenas** al centro, servicio y establecimiento sanitario y a la Administración sanitaria requerirá, como regla general, el **previo consentimiento del interesado**, **salvo** que se haya llevado a cabo la **previa disociación de los datos**.

En caso de **fallecimiento del paciente**, se facilitará el acceso a la historia clínica a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente por escrito y así se acredite.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 31. Conservación.

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su confidencialidad, su correcto mantenimiento, integridad y seguridad.
2. La historia clínica se conservará durante el tiempo que resulte preciso para garantizar la asistencia sanitaria al paciente, **como mínimo durante un plazo de cinco años** contado desde la fecha del alta del último proceso asistencial.
3. Se establecerán los mecanismos para la destrucción total o parcial de H^a.C.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 32. Custodia y gestión.

Los centros, servicios y establecimientos sanitarios archivarán las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea su soporte, en instalaciones que garanticen la seguridad, la correcta conservación y la recuperación de la información.



LEY 5/2010 de 24 de junio

➤ Sección 2.ª Del informe de alta y otra documentación clínica

Artículo 33. Informes médicos.

- Todos los pacientes tendrán derecho a la obtención de los informes médicos relacionados con su proceso asistencial, que serán realizados por el profesional sanitario responsable del mismo.
- Se reconoce el derecho a la expedición de los partes de baja, confirmación y alta.

LEY 5/2010 de 24 de junio

CAPÍTULO V: Derechos relacionados con los servicios asistenciales.

Artículo 34. Derecho a la asistencia sanitaria.

Artículo 35. Derecho a la obtención de los medicamentos.

Artículo 36. Derecho al acompañamiento.

- Los menores y personas incapacitadas.
- Las personas en situación de dependencia
- La mujer durante el proceso de parto.

Artículo 37. Derecho sobre los tejidos o muestras biológicas.

Derecho a disponer de preparaciones de tejidos o muestras biológicas provenientes de biopsias, con el fin de recabar la opinión de un segundo.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 38. Derecho a la garantía de tiempos máximos de respuesta.

Artículo 39. Derecho a la libre elección del profesional sanitario, servicio y centro.

Artículo 40. Derecho a la segunda opinión médica.

Artículo 41. Personas especialmente protegidas.

Los menores de edad, las personas mayores en situación de fragilidad, las víctimas de violencia de género, las personas en situación de dependencia, con enfermedades mentales, crónicas, raras o de baja incidencia poblacional y las personas pertenecientes a grupos de riesgo serán objeto de especial atención

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 42. Derecho de participación en el ámbito de la salud.

Artículo 43. Derecho a la calidad y seguridad.

Derecho a ser atendidas en los centros sanitarios en condiciones de la mayor calidad y seguridad posible.

En los centros, sanitarios se implantarán y garantizarán los mecanismos de mejora continua de la calidad asistencial y de la seguridad.

Derecho a recibir información veraz y permanente sobre la evaluación de la calidad de la asistencia prestada.

Se promoverá entre los profesionales sanitarios una cultura de la seguridad del paciente.

LEY 5/2010 de 24 de junio

TÍTULO II: Deberes de las personas en materia de salud.



LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 44. Respeto a las personas.

Todas las personas están obligadas a mantener el debido respeto a los pacientes, a los acompañantes y al personal de los centros sanitarios, tanto en su dignidad personal como profesional.



LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 45. Deberes en relación con el adecuado uso de los recursos sanitarios.

- a) Cuidar las instalaciones y equipamientos sanitarios
- b) Respetar el régimen de visitas establecido.
- c) Acreditar su identidad mediante los documentos oficiales para ejercer el derecho de acceso a las prestaciones y los recursos sanitarios.
- d) Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos y prestaciones sanitarias.
- e) Avisar al sistema sanitario de la imposibilidad de acudir a una cita o servicio sanitario previamente programado.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 46. Deberes en relación con la propia salud cuando afecte a terceras personas.

1. Todas las personas tienen el deber de responsabilizarse de su salud y de las decisiones sobre la misma cuando puedan derivarse riesgos o perjuicios para la salud de terceros.
2. Todas las personas deben 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.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 47. Colaboración con las autoridades sanitarias.

1. Todas las personas tienen el deber de cooperar con las autoridades sanitarias en la prevención de enfermedades.
2. Todas las personas tienen la obligación de facilitar los datos referentes a su estado de salud que sean necesarios para el proceso asistencial o por razones de interés general debidamente motivadas.
3. Todas las personas tienen la obligación de colaborar en la sostenibilidad del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

LEY 5/2010 de 24 de junio

TÍTULO III:

**Derechos de los
profesionales de
los centros,
servicios y
establecimientos
sanitarios.**



LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 48. Derechos de los profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

- a) Al respeto a su honor y prestigio profesional en el desempeño de sus funciones.
- b) A su seguridad e integridad física y moral.
- c) A una adecuada protección de su salud frente a los riesgos derivados de su trabajo.
- d) A la autonomía científica y técnica en el ejercicio de sus funciones, sin más limitaciones que las establecidas en el ordenamiento jurídico y deontológico.
- e) A renunciar a prestar atención sanitaria en situaciones de injurias, amenazas o agresión si no conlleva desatención.
- f) A la formación continuada.
- g) A recibir apoyo profesional en situaciones problemáticas.
- h) A participar en la gestión, de conformidad con lo que reglamentariamente se establezca.

LEY 5/2010 de 24 de junio

TÍTULO IV: Deberes de los profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitario.



LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 49. Deberes de los profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

- a) Prestar una adecuada atención sanitaria a los pacientes y usuarios.
- b) Facilitar a los pacientes información sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud. Todos los profesionales que presten atención sanitaria serán también responsables de facilitar la información que se derive específicamente de sus actuaciones.

LEY 5/2010 de 24 de junio

- c) Respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
- d) Cumplir sus obligaciones de información y documentación clínica.
- e) Gestionar y custodiar la documentación clínica que guarden, cuando desarrollen su actividad de manera individual.
- f) Guardar secreto sobre toda la información y documentación clínica sobre los pacientes y usuarios derivada de su actuación profesional o a la que tengan acceso.
- g) Cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación que guarde relación con los procesos clínicos en que intervienen

LEY 5/2010 de 24 de junio

TÍTULO V: Régimen sancionador.



LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 50. Régimen sancionador.

Quienes cometan alguna infracción administrativa prevista en esta Ley serán sancionados de conformidad con lo dispuesto en el presente Título, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o de otro orden que puedan concurrir.

Artículo 51. Responsabilidad penal.

En los supuestos en que las infracciones previstas en esta Ley puedan ser constitutivas de ilícito penal, la Administración pasará el tanto de culpa a la jurisdicción competente y se abstendrá de continuar la instrucción del procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial resuelve lo procedente.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 53. Infracciones.

Son infracciones leves:

- a) El acceso a la documentación clínica por simple negligencia sin reunir los requisitos que legitiman para ello
- b) El incumplimiento del régimen de visitas establecido por los centros y servicios sanitarios, así como los horarios que regulan su actividad.
- c) La utilización indebida, abusiva o irresponsable de los recursos y prestaciones sanitarias que no respondan a una necesidad objetiva.
- d)

LEY 5/2010 de 24 de junio

Son infracciones graves:

- a) El acceso a la documentación clínica falseando las condiciones que legitiman para ello o haciendo un uso indebido de la misma.
- b) El incumplimiento por parte del personal, que tiene acceso a la información y documentación clínica, del deber de garantizar la confidencialidad de la información.
- c) La realización de actuaciones destinadas a menoscabar o restringir los derechos derivados del respeto a la autonomía del paciente.
- d)

LEY 5/2010 de 24 de junio

Infracciones muy graves:

- a) La realización de las conductas previstas en los apartados anteriores cuando suponga un incumplimiento consciente y deliberado de los preceptos de la presente Ley y produzca un daño grave.
- b) La agresión física a profesionales de los centros sanitarios, a pacientes o a sus acompañantes siempre que no sea constitutiva de ilícito penal.
- c) Cometer una infracción grave cuando se haya sido sancionado por una o más infracciones graves en el transcurso de tres años.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 54. Personas responsables.

1. Serán responsables de la infracción, como autores de la misma, las personas físicas o jurídicas que realicen las acciones u omisiones tipificadas como infracción en esta Ley.
2. En el caso de que los autores sean menores no emancipados o personas incapacitadas serán responsables solidarios sus padres, tutores o representantes legales.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 55. Sanciones.

a) Por infracciones leves:

- 1.º En grado mínimo: multa de hasta 600 euros.
- 2.º En grado medio: multa de 601 euros hasta 1.800 euros.
- 3.º En grado máximo: multa de 1.801 euros hasta 3.000 euros.

LEY 5/2010 de 24 de junio

b) Por infracciones graves:

- 1.º En grado mínimo: multa de 3.001 euros hasta 6.000 euros.
- 2.º En grado medio: multa de 6.001 euros hasta 10.500 euros.
- 3.º En grado máximo: multa de 10.501 euros hasta 15.000 euros.

LEY 5/2010 de 24 de junio

c) Por infracciones muy graves:

- 1.º En grado mínimo: multa de 15.001 euros hasta 120.000 euros.
- 2.º En grado medio: multa de 120.001 euros hasta 350.000 euros.
- 3.º En grado máximo: multa de 350.001 euros hasta 600.000 euros.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 56. Graduación.

Las sanciones serán graduadas en los niveles de mínimo, medio y máximo en función de la concurrencia de las siguientes circunstancias:

- El grado de intencionalidad.
- El incumplimiento de advertencias previas.
- La gravedad de la alteración sanitaria y social producida.
- El perjuicio causado y el número de personas afectadas.
- La afectación directa a un colectivo de personas especialmente protegido.
- Los beneficios obtenidos con la infracción.
- La permanencia o transitoriedad de los riesgos.
- La concurrencia con otras infracciones sanitarias o el haber servido para facilitar u ocultar la comisión de otra infracción

LEY 5/2010 de 24 de junio

Artículo 57. Órganos sancionadores competentes.

1. El Consejo de Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha es el órgano competente para imponer sanciones superiores a 120.000 euros por infracciones muy graves.
2. Reglamentariamente se establecerán los órganos competentes para imponer el resto de sanciones.



**Decreto 24/2011, de
12/04/2011, de la
documentación
sanitaria en C-LM.**

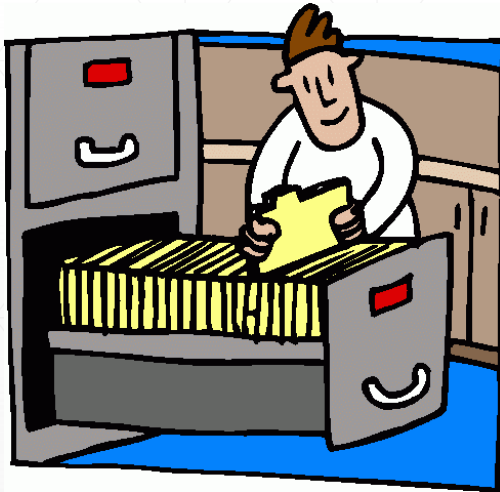
Capítulo I: Disposiciones generales.

Objeto.

El **desarrollo reglamentario del Capítulo IV del Título I de la Ley 5/2010**, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, en lo relativo a la documentación sanitaria.

Ámbito de aplicación.

Lo dispuesto en este Decreto será de aplicación a las personas que residan en Municipios de Castilla La Mancha a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, de Castilla-La Mancha y a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los mismos.



Finalidad y características de la historia clínica.

1. La historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de sus procesos asistenciales.
2. La historia clínica tiene **como finalidad principal facilitar la asistencia sanitaria** al paciente. Asimismo, podrá utilizarse con **finés docentes, de investigación clínica y epidemiológica, de gestión y planificación** de recursos asistenciales, **jurídicos y de calidad asistencial**
3. Las historias clínicas deben estar normalizadas en su estructura
4. La historia clínica deberá ser común para cada centro y única por paciente.
5. El paciente tiene derecho a que su historia clínica sea completa, debiendo constar en la misma toda la información sobre el estado de salud del paciente y sobre las actuaciones clínicas y sanitarias de los diferentes episodios asistenciales realizados.

Contenido de la historia clínica.

La historia clínica comprende el conjunto de información de los procesos asistenciales, con la identificación de los demás profesionales que han intervenido en ellos, a) Datos de filiación y documentación relativa a la hoja clínico-estadística.

b) Alergias, alertas y antecedentes.

c) La autorización de ingreso.

d) El informe de urgencia.

e) La anamnesis y la exploración física.

f) Diagnóstico y tratamiento.

g) La evolución.

h) Las órdenes médicas.

i) La hoja de interconsulta.

j) Los informes de exploraciones complementarias.

k) La información facilitada al paciente, previa al consentimiento informado.

l) El consentimiento informado.

m) El informe de anestesia.

n)....

Identificación de la historia clínica y vinculación al paciente.

En el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, la identificación de la historia clínica se hará mediante el Código de Identificación Personal (CIP), al que estarán vinculados los números de historia clínica

Cumplimentación de la historia clínica.

La **cumplimentación** de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria del paciente, es una **obligación de los profesionales asistenciales que intervengan** en ella.

Las **anotaciones subjetivas** de los profesionales que intervengan en el proceso asistencial **deberán quedar claramente identificadas** respecto del resto de la información contenida en la historia clínica, **con el fin de facilitar el ejercicio de su derecho de reserva**

Capítulo II: Usos, acceso y cesión de datos de la historia clínica.

▪



Capítulo II

Sección 1ª: Disposiciones comunes.

Tratamiento y cesión de datos de salud.

Los datos de salud, en su condición de datos personales especialmente protegidos, podrán tratarse y cederse en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

Cesión de datos entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.

No será necesario el consentimiento de la persona interesada para la comunicación de datos personales sobre salud, incluso a través de medios electrónicos, **entre organismos**, centros, servicios y establecimientos de la Consejería competente en materia de sanidad, del Sescam y **del Sistema Nacional de Salud** cuando se realice para la atención sanitaria de las personas.

Confidencialidad y secreto.

Los datos incorporados a las historias clínicas son confidenciales y toda persona que tenga acceso a la información y a la documentación clínica queda sujeta al deber de secreto.

Control de accesos en la historia clínica.

Los profesionales podrán consultar la información contenida en la historia clínica en el ejercicio de sus funciones y competencias que tengan reconocidas.

Los **sistemas de información de la historia clínica electrónica del Sescam identificarán a todo profesional** que intente acceder a la información contenida en la historia clínica electrónica de un paciente o usuario y verificarán su autorización.

De cada intento de acceso al sistema de información de la historia clínica electrónica del Sescam, se guardarán, como mínimo, la identificación del profesional de que se trate, la fecha y hora en que se realizó, la parte de la historia clínica electrónica a la que se ha accedido y el tipo de acceso.





Capítulo II

**Sección 2^a:
Usos de la
historia clínica.**

Uso de la historia clínica por los profesionales sanitarios.

Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso completo a la información contenida en la historia clínica.

Uso de la historia clínica por el personal no sanitario.

El personal de administración y gestión de los centros, servicios o establecimientos sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica que resulten imprescindibles para el ejercicio de sus funciones.

Los trabajadores sociales y los psicólogos que desarrollen sus funciones en los centros, servicios y establecimientos sanitarios tendrán acceso limitado estrictamente a aquellos datos de salud incorporados a la historia clínica que deban conocer para el ejercicio de sus funciones.

Uso de la historia clínica por los comités de ética asistencial.

El uso de la historia clínica deberá hacerse preservando los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento por escrito para no separarlos.



Capítulo II

**Sección 3^a:
Acceso a la
historia clínica.**

Derecho de acceso a la historia clínica por el paciente.

1. **El paciente tiene el derecho de acceso**, con las reservas legalmente establecidas a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos e informes que figuren en ella.
2. El derecho de acceso a la información contenida en la historia clínica podrá ejercitarse:
 - a) Por el paciente, previa acreditación de su identidad.
 - b) Mediante representación legal (menores de edad)
 - c) Mediante representación voluntaria, debidamente acreditada.
3. En los casos de **pacientes mayores de dieciséis años o menores emancipados, los representantes legales no podrán acceder a su historia clínica**, salvo autorización expresa de aquellos, sin perjuicio del derecho de los padres y tutores a ser informados acerca del estado de salud del menor.

Acceso a la historia clínica del paciente fallecido.

1. En caso de fallecimiento del paciente, se facilitará el **acceso a la historia clínica a las personas vinculadas a él** por razones familiares o de hecho, **salvo** que el fallecido lo hubiere prohibido expresamente y así se acredite.
2. **Fuera de estos casos**, el acceso por un tercero a la historia clínica de un paciente fallecido deberá fundamentarse en la **existencia de un riesgo para su salud, debidamente acreditado por un profesional sanitario.**
3. En todo caso, únicamente se facilitarán los datos que se estimen pertinentes por el responsable de la historia clínica y no se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido, a las anotaciones subjetivas de los profesionales o que perjudique a terceros.



Limitaciones al derecho de acceso del paciente a la información de la historia clínica.

1. El derecho del paciente de acceder a la información contenida en la historia clínica se halla sujeto a los límites recogidos en la Ley de Autonomía del Paciente, y **no incluye:**
 - a) Los **datos** e información **que afecten al derecho de terceras personas** o que afecten a la confidencialidad de los datos que consten en la historia recogidos en interés terapéutico del paciente.
 - b) Las **anotaciones subjetivas** de los profesionales participantes en la elaboración de la historia clínica, respecto de las cuales éstos podrán oponer su reserva al derecho de acceso.
 - c) La información de la que el paciente hubiera sido privado debido a la existencia acreditada de un estado de **necesidad terapéutica** siempre que así conste en la historia clínica de forma expresa.
2. El derecho de acceso a la historia clínica sólo podrá ejercerse en intervalos no inferiores a doce meses, salvo que la persona interesada acredite un interés legítimo

Anotaciones subjetivas.

Impresiones de los profesionales sanitarios no sustentadas directamente en datos objetivos o pruebas complementarias y que, en todo caso, resulten de interés para la atención sanitaria al paciente y que expresamente sean calificadas como tales por el profesional que las realiza.

- a) Valoraciones sobre hipótesis diagnósticas no demostradas.
- b) Sospechas acerca de incumplimientos terapéuticos, tratamientos no declarados y hábitos no reconocidos.
- c) Comportamientos insólitos.
- d) Otros que puedan afectar a la relación médico-paciente.

Los centros sanitarios desarrollarán los procedimientos adecuados y establecerán los medios necesarios para garantizar a los profesionales el ejercicio del derecho de reserva de sus anotaciones subjetivas frente al derecho de acceso del paciente a la historia clínica.



Capítulo II

**Sección 4^a:
Cesión de
datos de la
historia clínica.**

Cesión de datos de la historia clínica para fines de salud pública, de investigación y docencia.

1. De conformidad con la legislación básica sanitaria, se permite la utilización de la información contenida en la historia clínica con fines de salud pública, epidemiológicos, investigación y docencia.
2. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a los responsables de la custodia de la documentación a **preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial**, de forma que quede garantizado el **anonimato** del paciente.
3. **No será necesaria la disociación** previa de la información **cuando el paciente haya prestado su consentimiento expreso** y por escrito para no separarlos. En estos casos, el consentimiento del paciente se incorporará a su historia clínica.
4. En todo caso, los responsables de la custodia de la documentación clínica sólo facilitarán la información que resulte estrictamente necesaria para los fines solicitados.

Cesión de datos de la historia clínica a requerimiento del Ministerio Fiscal, jueces o tribunales, Defensor del Pueblo y Tribunal de Cuentas.

En estos casos **no requiere consentimiento previo del paciente**, cuando se produzca en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas.

2. Los datos de identificación personal del paciente deberán preservarse separados de los de carácter clínicoasistencial, de manera que **como regla general quede asegurado su anonimato**. Se exceptúan los supuestos de investigación judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínicoasistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.

3. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines del caso.



Otras cesiones de datos de la historia clínica.

La cesión de datos de la historia clínica a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado no requiere recabar el consentimiento previo cuando la obtención de los mismos sea necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales.

La Policía Judicial podrá **acceder** en cualquier momento a la historia clínica siempre que dicho acceso se realice **en el seno de una investigación judicial y así se acredite.**

En los demás casos, la cesión de datos de la historia clínica a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado sin consentimiento de la persona interesada exigirá la correspondiente **orden judicial.**

Otras cesiones de datos de la historia clínica.

No precisarán el consentimiento previo de las personas afectadas por la cesión de datos de su historia clínica a las compañías aseguradoras y otros **terceros obligados al pago de las atenciones y prestaciones sanitarias** facilitadas directamente a las mismas, siempre que la información solicitada resulte necesaria para determinar el importe de la asistencia prestada.

Los centros sanitarios del Sescam **no necesitarán recabar el consentimiento** previo de los pacientes o usuarios para la cesión de datos de su historia clínica **cuando sean derivados a centros sanitarios vinculados mediante concierto o convenio** .

Los centros sanitarios no precisarán el consentimiento previo del paciente o usuario para la **cesión de datos de su historia clínica a una Entidad Gestora o colaboradora de la Seguridad Social** cuando la comunicación de los datos resulte necesaria para la tramitación y resolución de los procedimientos de reconocimiento y control de prestaciones económicas.

Capítulo III: Gestión, custodia y conservación de la documentación clínica.

▪

Competencias.

La responsabilidad de la custodia de las historias clínicas corresponde a los directores de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, que asumen las siguientes obligaciones:

- a) Establecer **procedimientos de uso, acceso, custodia y conservación** de las historias clínicas que garanticen el derecho a la intimidad de los pacientes y el deber de secreto.
- b) Garantizar la **implantación de las medidas de seguridad** de nivel alto.
- c) **Garantizar el ejercicio de los derechos** de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos **ARCO** recogidos en la L.O.P.D.)
- d) Garantizar la **disponibilidad de la documentación clínica** para su uso por el personal autorizado cuando exista motivo asistencial en cualquier momento.

La **gestión** de las historias clínicas se llevará a cabo por los **servicios de admisión y documentación clínica**, que serán los encargados de integrar en el archivo único, manual o automatizado, los diferentes documentos que conforman la historia clínica, así como los datos que permitan su recuperación.

Corresponde a los servicios de sistemas y tecnologías de la información facilitar los medios técnicos necesarios para la gestión, conservación y tratamiento de los datos contenidos en las historias clínicas electrónicas.



Corresponden a las **comisiones de historias clínicas** de los centros hospitalarios las siguientes competencias:

- a) Establecer criterios de calidad de las historias clínicas y evaluar de forma periódica su cumplimiento.
- b) Velar por la confidencialidad de la información sanitaria.
- c) Elaborar y actualizar periódicamente recomendaciones para el uso, gestión y expurgo de la documentación clínica y su adaptación a las necesidades del hospital.
- d) Evaluar los documentos pertenecientes a la historia clínica.

Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad en el **ámbito privado a título individual**, siempre que lo hagan a través de sus propios medios personales y materiales, **son responsables de la gestión y la custodia de las historias clínicas** que generen. En otro caso, la responsabilidad será del centro donde desarrollen su actividad.

Archivo de las historias clínicas.

1. Las historias clínicas en soporte papel se custodiarán en un archivo único. Sin embargo puede preverse la existencia de un **archivo con documentación activa** y un **archivo con documentación pasiva**.
2. Se considera documentación pasiva :
 - a) La de los pacientes que han fallecido.
 - b) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial en los últimos cinco años.
3. Se considera documentación activa aquella que no es calificada como pasiva conforme a lo dispuesto en el apartado anterior.
4. Podrán almacenarse por medios electrónicos todos los documentos de la historia clínica.
5. Los sistemas o soportes en que se almacenen documentos electrónicos deberán contar con las medidas de seguridad que garanticen la integridad, autenticidad, confidencialidad, calidad, protección y conservación de los documentos almacenados.

Conservación y expurgo de las historias clínicas.

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar las historias clínicas durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Se conservarán de forma definitiva:

- a) Los informes de exploraciones complementarias.
- b) Las hojas de anamnesis y exploración física y las hojas de evolución si no hay info. de alta.
- c) El documento de consentimiento informado.
- d) El Informe de quirófano o de registro de parto.
- e) La hoja del recién nacido de su historia clínica.
- f) El informe de anestesia.
- g) Las hojas de transfusión.
- h) Los informes clínicos de alta.
- i) Las hojas de alta voluntaria.

Aquellas historias clínicas que sean **prueba documental en un proceso judicial** o en un procedimiento administrativo **no** podrán ser sometidas a los procedimientos de **expurgo** regulados en este Decreto hasta que finalice dicho proceso.

La documentación que sea objeto de expurgo habrá de destruirse mediante métodos que aseguren su completa eliminación.





Modificación Ley de Autonomía del Paciente

**Conservación
de la historia
clínica.**

Artículo 15.3:

3. Cuando se trate del nacimiento, la historia clínica incorporará, además de la información a la que hace referencia este apartado, los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten, en su caso, necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, en los términos que se establezcan reglamentariamente. Se modifica el apartado 3 por la disposición final 4.1 de la Ley 19/2015, de 13 de julio

Art. 17: Conservación de la historia clínica.

.....los datos de la historia clínica relacionados con el nacimiento del paciente, incluidos los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que en su caso resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, no se destruirán, trasladándose una vez conocido el fallecimiento del paciente, a los archivos definitivos de la Administración correspondiente, donde se conservarán con las debidas medidas de seguridad a los efectos de la legislación de protección de datos.

2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas

..... los datos de la historia clínica relacionados con las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre del recién nacido, sólo podrán ser comunicados a petición judicial, dentro del correspondiente proceso penal o en caso de reclamación o impugnación judicial de la filiación materna. Se modifican los apartados 1 y 2 por la disposición final 4.2 de la Ley 19/2015, de 13 de julio

Capítulo IV: Informes clínicos.

▪

Informe de alta.

Los pacientes tienen derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el episodio de hospitalización, un informe de alta.

Este informe deberá ser elaborado por el médico responsable y especificar:

- los datos de identificación del paciente
- un resumen del historial clínico
- la actividad asistencial prestada
- el diagnóstico
- las recomendaciones terapéuticas o tratamiento que debe seguir el paciente y, en su caso, los cuidados de enfermería que procedan



Informe de urgencias.

Los pacientes tienen derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizada la atención de un episodio de urgencias, un informe médico que comprenda los aspectos más relevantes de la asistencia prestada.

Otros informes clínicos.

- el informe clínico de consulta externa
- el informe clínico de atención primaria
- el informe de resultados de pruebas de laboratorio
- el informe de resultados de pruebas de imagen
- el informe de cuidados de enfermería



Capítulo V: Otra documentación sanitaria.

▪

Emisión de certificados médicos.

Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los **certificados acreditativos de su estado de salud en los términos previstos en la legislación vigente**

Los pacientes y usuarios del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha tienen derecho a la expedición gratuita de la documentación y certificación médica de nacimiento, defunción y aquellos certificados que sean exigidos por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha mediante una disposición legal o reglamentaria.

Partes de baja, confirmación y alta laboral.

Los pacientes y usuarios del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha tienen derecho a la expedición de los partes de baja, confirmación y alta laboral.



Otra documentación.

Los pacientes y usuarios del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha tienen derecho a la expedición de **informes o documentos clínicos para la valoración de la incapacidad** u otros efectos.

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





www.academia-adn.es

@academia_adn.es

