

Proyecto de actualización del procedimiento de obtención y  
archivo del Documento de Consentimiento Informado en el  
Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario  
Nuestra Señora de Candelaria.

Eugenia Caballero Rodríguez  
Tutor: Prof. D. Fernández Agis  
Máster Interuniversitario en Bioética y Bioderecho. ULL - ULPGC  
XI edición. 2020 - 2021

## ÍNDICE

- 1.- Preámbulo
- 2.- Introducción. El consentimiento informado como parte de la historia clínica
- 3.- Exposición del problema
- 4.- Justificación de la necesidad de una solución
  - 4.1.- Aspectos legales del consentimiento informado
    - 4.1.1.- Requisitos de la información previo al consentimiento
  - 4.2.- Aspectos éticos el consentimiento informado
  - 4.3.- Otro argumentos que justifican una solución
- 5.- Planteamiento de soluciones alternativas
- 6.- Conclusiones
- 7.- Bibliografía
- 8.- Anexo 1
- 9.- Anexo 2

## 1.- PREÁMBULO

Este documento, a modo de primera aproximación, pretende ser una propuesta para mejorar el procedimiento de obtención y custodia del consentimiento informado (CI) en el Servicio de Cirugía General y Digestiva (CGD) de nuestro hospital (Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC)). En él queremos contextualizar primero qué es el CI y su importancia dentro de la historia clínica (Introducción). A continuación (Exposición del problema), presentar el problema actual en la gestión del documento, no solo desde un punto de vista teórico, a través de los datos de la literatura, si no también aportando los datos prácticos de nuestra actividad. Luego (Justificación de la necesidad de una solución), pasamos a presentar el argumentario que fundamenta esta necesidad de cambio, desde diferentes puntos de vista. Por último, exponemos varias propuestas de solución (Planteamiento de alternativas), discutiendo pros y contras de cada una.

Presentamos este trabajo como *proyecto*, motivo por el que hemos adaptado el esquema clásico de los trabajos de investigación al uso. Con esto intentamos aportar cierto grado de originalidad al trabajo, aunque trate de un tema tan recurrente como el consentimiento informado. Además, como tal, entendemos que este proyecto es una primera propuesta, una aproximación a un tema multidisciplinar con múltiples consideraciones que requieren una revisión especializada. Por este motivo, nos hemos centrado en las cuestiones éticas y legales que explican la necesidad de solución, pero existen puntos más técnicos, como los relacionados con la informatización o la protección de datos, que tocamos con cautela.

Para ponernos en contexto sobre el problema es importante, antes que nada, entender el procedimiento de obtención del CI en el ámbito quirúrgico. El CI se solicita y firma, generalmente, en la consulta, lugar y momento donde, después de explicarle al paciente la necesidad de una cirugía, consecuencias y riesgos, se incluye en lista de espera (firma un documento del que se lleva copia) y se entrega el documento de CI. A partir de este momento pueden ocurrir varias cosas: en las consultas de los centros de atención especializada (CAE), donde no se dispone de la historia clínica física, el paciente se lo lleva para casa y debe traerlo el día de la intervención, firmado. Además, los pacientes que se incluyen en lista de espera en estos CAEs, en muchas ocasiones se derivan a centros concertados, por lo que la opción de llevarse al menos copia es necesaria. En la consulta de cirugía hospitalaria, el paciente lo firma y se remite al Servicio de Documentación clínica, quien lo archivará en su historia clínica, llevándose o no copia el paciente.

Pues bien, algo que ya ocurría cuando comenzó mi residencia hace ya 10 años, y que continúa ocurriendo hoy, es que, en el momento en que ingresa el paciente, no está el CI. Entonces se avisa al residente de guardia, médico en formación y generalmente nunca responsable del paciente, que quizás ni conozca su caso, para que firme de nuevo el CI, como mero trámite necesario para la intervención.

Y en este punto nos preguntamos: ¿es este procedimiento correcto desde un punto de vista legal? ¿Y ético? ¿Se puede mejorar y es nuestro deber intentarlo? ¿se conoce y reconoce este problema?

A lo largo de este trabajo intentaremos contestar estas preguntas y, con suerte, plantear al menos las posibilidades de cambio que este problema ofrece.

## 2.- INTRODUCCIÓN. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario. Es el fruto de la relación entre los profesionales de los servicios sanitarios y los usuarios, y es, como lo define Laín Entralgo: “sin duda, desde el punto de vista deontológico, el elemento princeps de la relación médico-paciente/persona”<sup>1,2</sup>.

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 (LAP, a partir de ahora)<sup>3</sup>, define la **historia clínica** en su artículo 3 como “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”. La citada LAP se encarga en el capítulo V de definir los diferentes aspectos de la historia clínica. En su artículo 14 indica la “identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales de cada paciente”. En el artículo 15 indica que “incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente”.

Basándose en el fin principal de la historia clínica, como el de “facilitar la asistencia sanitaria”, los contenidos mínimos de la historia clínica que define la Ley son:

a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.	j) El informe de anestesia.*
b) La autorización de ingreso.*	k) El informe de quirófano o de registro del parto.*
c) El informe de urgencias.*	l) El informe de anatomía patológica.*
d) La anamnesis y la exploración física.	m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
e) La evolución.	n) La aplicación terapéutica de enfermería.
f) Las órdenes médicas.	ñ) El gráfico de constantes.*
g) La hoja de interconsulta.	o) El informe clínico de alta.*
h) Los informes de exploraciones complementarias.	
<b>i) El consentimiento informado.*</b>	* Sólo exigibles en historias de hospitalización.

En cuanto al **soporte y la custodia** de la historia clínica, la LAP estipula que “cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información” (Art. 14.2) y que “las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental” (Art. 14.4). El artículo 19 también hace responsables a los centros sanitarios de la custodia de la historia clínica, estableciendo que éstos establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas.

La **conservación de la documentación** clínica también es un punto importante, que nos ocupa sobremano, pues trata directamente con el problema que estamos tratando. En su artículo 17, la LAP es clara: “Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no

necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso (...) (Art. 17.1). Los profesionales sanitarios no están exentos de responsabilidad, aunque su función se establece en “cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes” (Art. 17.3). Sin embargo, en cuanto a la **gestión** de la historia clínica “se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario” (Art. 17.4)

En la Comunidad Autónoma de Canarias, la citada LAP, de carácter básico, se ve desarrollada en determinados aspectos a través del Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos<sup>4</sup>.

En este Reglamento se corroboran determinados aspectos ya referidos en la LAP y que nos interesan en este trabajo, véase: que “el consentimiento informado es uno de los documentos básicos que integran la historia clínica” (Art. 3), o que “toda intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico y terapéutico invasor y, en general, la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá consentimiento por escrito salvo las excepciones contempladas en la legislación básica aplicable” (Art. 11). Pero también se desarrolla la información sobre la gestión, custodia y conservación de la historia clínica, como: “La gestión de la historia clínica (...) corresponde a la unidad competente en materia de admisión y documentación clínica del centro” (Art 28.1). “Cada centro asistencial determinará por escrito las medidas de seguridad a implantar para la custodia y acceso al fichero de historias clínicas, con el fin de garantizar la confidencialidad de sus datos y evitar los accesos no autorizados (...)” (Art 28.4). O, por último, “la conservación de la historia clínica se rige por lo dispuesto en la legislación básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, teniendo los centros sanitarios la obligación de conservar las historias clínicas en condiciones que garanticen su seguridad y correcta conservación, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial” (Art. 29.1). En este artículo también se estipula que el consentimiento informado podrá ser destruido tras veinte años desde la última actividad asistencial recogida en la historia clínica.

En resumen, y para el caso que nos ocupa, podemos concluir que, en cualquier cirugía, la firma de un CI es obligatoria y el documento debe permanecer en la historia clínica. La ley establece que debe ser archivado de manera que se garantice su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en su soporte original. Que la gestión de este archivo es a través de la unidad de admisión y documentación clínica, y que la custodia de dichas historias estará bajo responsabilidad de la dirección del centro sanitario. Con esta introducción establecemos el marco legal que rige la historia clínica y situamos el documento de CI como elemento indispensable en el ámbito de la cirugía.

### 3.- EXPOSICIÓN DEL PROBLEMA

Al iniciar la búsqueda bibliográfica para la elaboración de este trabajo, parece que es mucha la literatura que se encarga del estudio del CI desde diversos puntos de vista: legibilidad y comprensibilidad por parte de los pacientes<sup>5</sup>, desarrollo de herramientas para facilitar la comprensión de la información<sup>6,7</sup>, percepción por los usuarios/sanitarios de la importancia legal del documento<sup>8,13</sup>... Sin embargo, no hemos encontrado tanta bibliografía sobre la custodia y archivo del documento de CI en la historia clínica.

Podemos presuponer que, dada la obligación legal de la salvaguarda del CI, desde las instituciones se tienen mecanismos que aseguren su protección. Pero la literatura consultada arroja números desalentadores. En el ámbito español, un artículo de 1999<sup>9</sup> ya establece que hasta en el 22,03% de historias revisadas de pacientes quirúrgicos no presentaban el documento de CI. Debemos tener en cuenta que en ese momento era la Ley General de Sanidad<sup>10</sup> la que regía las obligaciones y mínimos de las historias clínicas. En su artículo 10, donde se presentan los derechos de los pacientes, en el apartado 6, ya se establecía que el paciente tiene derecho “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 (...)”. Por lo tanto, la obligatoriedad de presentar un documento escrito ya estaba establecida. De todas maneras, este apartado está actualmente derogado por la LAP<sup>3</sup>.

En otro artículo<sup>11</sup>, éste analizando la situación en un hospital uruguayo, solo el 81% de los consentimientos informados se encontraban en las historias clínicas de pacientes quirúrgicos. La normativa nacional en aquel momento era equiparable a la española en cuestión de obligatoriedad de consignar un documento escrito de consentimiento<sup>12</sup>.

Parece hasta que en cirugía de urgencias, el cumplimiento de la entrega y firma del CI puede no llegar ni al 75% de los pacientes. Tras la implantación de medidas correctoras, a través de formación del personal, este porcentaje mejora, para llegar hasta el 87,5%, sin ser este resultado significativo<sup>13</sup>.

Incluso los datos de nuestro hospital son equiparables a los vistos hasta ahora. En un trabajo presentado como Trabajo de Fin de Máster del Máster de Bioética y Bioderecho de la Universidad de La Laguna en el año 2009<sup>14</sup>, se revisaron historias clínicas de 5 procedimientos quirúrgicos (herniorrafia inguinal y/o crural, legrado, amigdalectomía, prótesis de cadera, resección transuretral). Entre los años 2005 y 2009 el número de historias que presentaban CI variaba entre el 62,2% y el 86,28% (Figura 1)

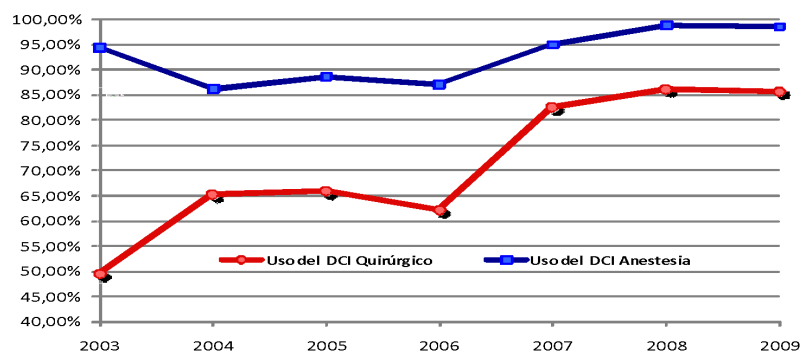


Fig.1 Presencia de los CI en las historias clínicas. Extraído de 14

Para intentar aportar datos más actualizados y propios del servicio de CGD, se revisaron las historias clínicas (HC) de los pacientes pendientes de intervención de la Sección de Cirugía Endocrina del Servicio de CGD (tiroidectomía, paratiroidectomía y suprarrenalectomía). Se seleccionaron 34 HC y se investigó si el CI, firmado en la consulta en el momento de inclusión en lista de espera, se encontraba en sus respectivas carpetas. Destacamos que sólo un documento se encontraba extraviado (3%), aunque también encontramos un documento de CI de una paciente que se encontraba en una carpeta errónea, de otra paciente, y otro extremadamente arrugado. Estos datos, aparentemente satisfactorios en número, no representan el sentir general del servicio de CGD.

Con intención de presentar la percepción de los cirujanos del servicio, se condujo una encuesta a través de formularios de Google, muy sencilla, de 7 preguntas (Anexo 1). La participación fue del 87% (26/30 adjuntos en activo). La entrega del consentimiento en el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica es unánime (Figura 2). Sin embargo, a pesar de esta seguridad de que el CI debería estar disponible en la HC, el 100% de los encuestados responde que “tienen la percepción de que el documento de CI se extravía en ocasiones (...)” (Figura 3). Esta sensación explica que el 76,9% de los encuestados haya cambiado su forma de actuar al recabar el CI, el 53,8% de manera sistemática (siempre) (Figura 4). Pero destacamos igualmente que el 67% de las personas que afirman que no han cambiado su forma de recabar el consentimiento son mayores de 45 años. A partir de aquí, al preguntar qué hacen ahora con el consentimiento, las respuestas son dispares (21 respuestas). Algunos cuentan que lo escanean y lo suben a la HC electrónica. Otros indican en la nota clínica que está entregado y firmado. Otra opción también es guardarlo personalmente en el despacho, para incluirlo a la HC física en el momento de ingreso para la cirugía. Y todas estas opciones son muy heterogéneas, a veces se hace solo con la patología considerada mayor o maligna, o cuando hay tiempo de hacerlo. Por último, en un espacio destinado a otras consideraciones que los encuestados quisieran aportar, parece que insisten en una mayor digitalización de este tipo de procedimientos, lo que daría mayor seguridad al proceso. Estas respuestas pueden consultarse en el Anexo 2 del trabajo.

Por regla general, entrego el consentimiento en el momento de inclusión en lista de espera quirúrgica  
26 respuestas

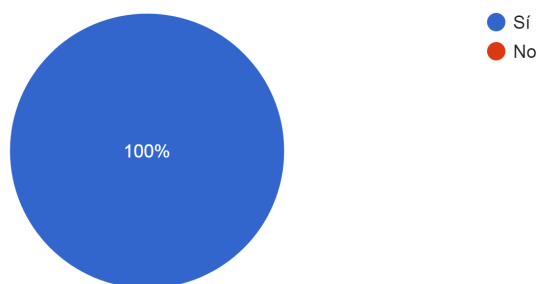


Fig. 2. Resultados a la pregunta de entrega del CI.

Tengo la percepción de que el documento de CI se extravía en ocasiones, a pesar de estar entregado previamente.

26 respuestas

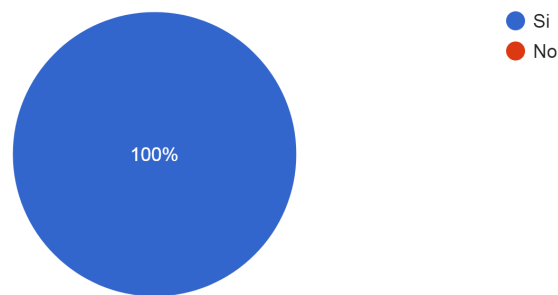


Fig. 3. Resultados a la pregunta de la percepción de extravío del CI.

He cambiado mi forma de actuar al recabar el consentimiento informado (ahora lo escaneo, lo guardo personalmente en el despacho, indico en la historia clínica que está firmado...)

26 respuestas

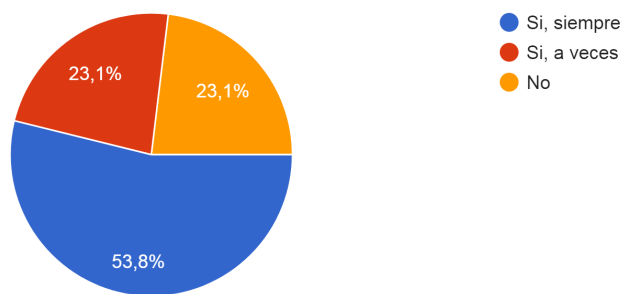


Fig. 4. Resultados a la pregunta de si ha cambiado el procedimiento personal al recoger el CI.

Puede que la primera impresión nos lleve a pensar que uno de los motivos de la ausencia de documentos de CI en la historia clínica sea la baja adherencia de los profesionales al procedimiento de información y firma. Al consultar la literatura al respecto, observamos que tras la aplicación de medidas correctoras, entrevistas y formación al personal sanitario, se produce mejoría en diferentes aspectos en la calidad del documento de CI<sup>13,15</sup>. Pero creo que no es justo con los profesionales y no podemos caer en el error de considerar únicamente este factor como responsable de la ausencia de CI en las historias clínicas de los pacientes. Como ya hemos demostrado con nuestros datos, la adherencia por parte de los profesionales médicos en el servicio de cirugía general y digestiva del HUNSC al procedimiento de entrega y firma del CI es muy alta. La juventud progresiva de la plantilla, la conciencia colectiva de la obligación legal de la firma del CI y la predisposición por una medicina que pone el acento en la autonomía del paciente han hecho que esto sea posible. Sin embargo, continúa existiendo la sensación de que, sea como fuere, en el momento de ingreso para intervención, el CI no se encuentra en la HC física del paciente.

A continuación pasamos a exponer los argumentos que justifican una necesidad de solución a este problema de extravío o ausencia del documento de CI en la historia clínica del paciente.



También, empezaremos a entender que esta solución debe partir de la Administración, pues debe ser reglada y coordinada, para seguir unos cauces establecidos y protocolizados.

## 4.- JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE UNA SOLUCIÓN

### 4.1.- ASPECTOS LEGALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO<sup>16,17</sup>

Ya en la introducción presentamos el consentimiento informado como parte de la historia clínica y desarrollamos la legislación que reglamenta su forma, recogida y archivo. En este punto, exponemos la argumentación legal para la necesidad de un documento de CI.

Antes de entrar de lleno en el tema del consentimiento como precepto para la expresión de la autonomía del paciente y como requisito legal para una correcta práctica profesional sanitaria, debemos ocuparnos primero del término **información**. De esta manera enmarcamos todo el procedimiento del CI dentro de un proceso continuo. Información al paciente y consentimiento por su parte son dos conceptos indivisibles. No puede existir el segundo sin el primero, y a lo largo del tiempo, el ordenamiento jurídico se ha encargado de definir y contextualizar estos términos.

La información presenta diferentes formas; la LAP<sup>3</sup> asume la pluralidad funcional de la información y define sus formas. Existe la **información de la prestación sanitaria**: derecho a recibir información sobre los servicios disponibles, libre elección de médico y centro, etc. y la **información epidemiológica**: información en relación a salud pública para tomar medidas apropiadas de prevención. En el contexto asistencial que nos ocupa, donde se ejerce el consentimiento informado quirúrgico, la **información clínica** tiene diferentes objetivos, como veremos a continuación:

- *Información como objeto de la consulta o finalidad del acto médico*: El consultante, que puede ser enfermo o usuario, busca información sobre su estado de salud, que puede ir acompañada o no de cierto componente informativo sobre pronóstico, en general para satisfacer una necesidad personal o legal. Debe cumplirse con el procedimiento de informar sobre los medios diagnósticos que se utilizarán para cumplir esta demanda. En el artículo 22 de la LAP se regula el derecho a recibir información documentada por exigencias legales o reglamentarias sobre el estado de salud.

- *Información terapéutica*: Se trata de la información que debe suministrar el médico al paciente para que éste conozca su situación y la evolución previsible de la enfermedad, de manera que pueda adoptar medidas específicas de tratamiento o prevención. Esta forma de información involucra directamente al paciente en el proceso asistencial, pues se establece como parte del tratamiento y coloca al paciente como sujeto activo para su curación.

La información terapéutica tiene un evidente carácter ético; forma parte del deber deontológico sanitario con el paciente. Este tipo de información es obligatoria si queremos alcanzar unos mínimos de buena práctica profesional. Pero también la jurisdicción española se encarga de su regulación a través de la LAP. En su artículo 4.1 y 2 se reconoce el derecho a recibir información sobre el proceso asistencial. En el artículo 3 se definen, entre otros, los términos relacionados con esta información (historia clínica, alta médica, consentimiento informado...), y en el artículo 20 se regula el informe de alta médica.

- *Información como requisito previo para el consentimiento*: Éste es el objetivo que nos ocupa el presente trabajo. Bajo un prisma jurídico, el consentimiento sólo es válido cuando es emitido

cumpliendo una serie de requisitos legales recogidos, en última instancia, en la LAP. El consentimiento debe ser informado, comprendido y voluntario.

#### 4.1.1.- REQUISITOS DE LA INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO

El fundamento del consentimiento es que sólo puede ser jurídicamente válido cuando es emitido por un sujeto de acuerdo con unos requisitos y está libre de vicios. La información previa, como hemos ido adelantando, se trata de un precepto capital, regulado en la legislación. Sin embargo, no siempre es posible y, también en dicha LAP, se recogen los supuestos donde no es necesario: cuando el individuo renuncia a ella, en caso de urgencia, y ante el llamado privilegio terapéutico (Arts. 5 y 9)

A continuación, exponemos los requisitos de la información previa al otorgamiento del consentimiento, tal y como son recogidos en la LAP.

- *Titulares del derecho a la información* (Art. 5): El individuo titular del derecho y destinatario de la información es el paciente e, independientemente de su grado de capacidad, debe recibir información ajustada a su entendimiento. La información a la familia o allegados se producirá en la medida que el paciente lo permita.
- *Sujetos obligados a aportar la información* (Art. 4.3): el médico responsable es el que garantiza el cumplimiento del derecho a la información. Por lo que no solo proveerá de ésta, sino que también velará por el cumplimiento del resto de profesionales de informar de qué técnicas o procedimientos se ejecutarán sobre el paciente.
- *Contenido de la información*: este es uno de los puntos más polémicos, o que más incertidumbre causa entre los profesionales sanitarios. No sólo cuánta información, sino cuándo y cómo se debe aportar.

Por un lado, mientras que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad imponía que la información debía ser completa, este precepto se ha adaptado a las exigencias internacionales (Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina) y en la LAP se requiere que la información sea **adecuada**. Esto quiere decir que debe aportarse la información relevante para prestar consentimiento, sobre finalidad de la intervención, consecuencias y riesgos. Es decir, en cuestión de cantidad no debe ser defectuosa, pero tampoco excesiva. Con el término *adecuada* se hace referencia también a la forma, adaptada al nivel de capacidad y comprensión del individuo.

- *Sobre la forma del consentimiento*, en el ámbito que nos ocupa, la ley no deja lugar a dudas: El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (Art. 8.2)
- En cuanto al *momento de la información*, siempre debe ser previo o coetáneo al acto asistencial. El consentimiento a posteriori no es jurídicamente válido. Pero la LAP no determina un plazo temporal para proporcionar la información asistencial ni para recabar el consentimiento informado. Sí es cierto que existe alguna norma autonómica, como la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana que en su artículo 43.9

dice: La información previa al consentimiento se facilitará con la antelación suficiente y, en todo caso, al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes. En ningún caso se dará 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.

Por último, para introducir algo sobre la jurisprudencia<sup>18</sup> en cuanto al tema del momento, parece que la tendencia de los tribunales de justicia es no dar validez a consentimientos firmados en el antequirófano, sobretodo si se demuestra que el procedimiento de obtención de firma ha sido un mero trámite burocrático, no acompañado de la información previa necesaria para otorgar el consentimiento.

Con todo esto, si entendemos que el proceso de transmisión de la información es un procedimiento continuado en el tiempo, y el consentimiento se presta en cada momento de la asistencia (consultas externas, realización de preanestesia...), siempre que quede correctamente recogido en la historia del paciente que se ha informado sobre los procedimientos, no debería haber problemas por el momento de obtención de la firma del CI.

#### 4.2.- ASPECTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El CI es la expresión escrita del derecho de autonomía del paciente. Al pensar en la manera de practicar la medicina antiguamente, donde la relación médico-paciente era desigual, basada en la confianza y la jerarquía, entendemos la situación en la que el paciente renunciaba al derecho a comprender y a decidir. La medicina que se practicaba era individual y directa, y el paternalismo era la regla. En este contexto, prevalece la salud y su búsqueda, por encima de cualquier otro interés personal.

El desarrollo de la Sanidad como entidad pública de interés general, junto con el aumento del nivel económico de la población ha llevado a un cambio en el paradigma de la práctica profesional sanitaria. La anterior medicina paternalista, basada en una confianza absoluta en la posición de poder del médico, junto con la renuncia por parte del paciente a comprender su enfermedad, ha evolucionado en la actual práctica médica. La conciencia social de derechos y libertades nos ha hecho adquirir consciencia de la necesidad de libre decisión por parte de cualquiera, también del paciente. Se ha de tener en cuenta otros intereses personales, además de la salud. Y para tomar decisiones se requiere disponer de la información necesaria. El consentimiento informado, de esta manera, se establece como expresión práctica del principio de autonomía.

Son diferentes los motivos que han llevado a un cambio en este paradigma: por un lado, el aumento del nivel económico de la población, tanto a nivel individual, que se traduce en un desarrollo social y una conciencia sobre derechos, como a nivel público, incidiendo directamente en la Sanidad, como poder público. Por otro lado, aunque directamente relacionado con lo previo, la masificación y tecnificación de la práctica médica, que obliga a mantener estrategias de control de recursos, como la presión legislativa tanto desde organismos internacionales, como nacionales, han facilitado una evolución hacia la autonomía de los pacientes. Éstos se hacen autorresponsables de su salud, y son capaces de expresar su libre decisión, anteponiendo la libertad, como principio rector de la relación médico-paciente.

### 4.3.- OTROS ARGUMENTOS QUE JUSTIFICAN UNA SOLUCIÓN

Por un lado, la gestión de los recursos a nivel hospitalario debe estar enfocada por una perspectiva ética. Las organizaciones toman en cuenta los valores éticos expresados en la misión de la empresa<sup>19</sup>. Este conjunto de valores se articula como norma y crea la cultura de la organización. La ética de las organizaciones sanitarias afecta al usuario/paciente, pues las acciones que se realizan tienen consecuencias directas sobre él, y a los trabajadores, pues genera un sentido de pertenencia entre sus miembros, que ven reflejados sus valores individuales en el conjunto de acciones y normas de la empresa. Por lo tanto, las políticas de gestión deben estar encaminadas a dotar de ética las acciones, lo que redundará directamente en un beneficio individual y del grupo.

Por último, cada vez más, la conciencia medioambiental atraviesa cada uno de los aspectos de nuestra vida. La gestión de los recursos y las políticas de actualización y modernización sanitarias no pueden ser menos. Desde un punto de vista biocéntrico, nuestras actuaciones deben tener en cuenta el entorno, considerando presente y futuro. Podemos pensar esta justificación ecoética ya sea a nivel global, con los objetivos de desarrollo sostenible, desarrollados por la ONU en la Agenda 2030, o a un nivel individual, con un poco de sentido común y conciencia ecológica es suficiente. Cualquier puesta al día en gestión documental, que es el tema que nos compete ahora, debe tender a la informatización y disminución de los recursos materiales.

En resumidas cuentas, tal y como expresó Adela Cortina<sup>20</sup> en el XXX Seminario de Ética económica y Empresarial “la empresa del futuro será ética, social, verde o no será”

### 5.- PLANTEAMIENTO DE ALTERNATIVAS

Como hemos visto, el consentimiento en cualquier tipo de procedimiento sanitario, sea investigador o clínico, se basa en la premisa de la información previa. Una vez comprendida esa información se procede a la aceptación voluntaria mediante firma escrita. Con estos tres preceptos cumplidos aseguramos el respeto al derecho a la autonomía del paciente.

En este apartado presentaremos diferentes alternativas con el objetivo de mejorar el procedimiento de archivo y custodia del CI en el ámbito quirúrgico, en particular en el servicio de CGD. Como adelantamos en el prólogo, debemos tener en cuenta que tal procedimiento no es homogéneo en la práctica clínica diaria: en el terreno de la cirugía programada, el consentimiento se entrega en la consulta de inclusión en lista de espera quirúrgica, y esta puede estar localizada en el Centro de Atención Especializada (CAE) o en el propio hospital, cada una con sus particularidades. Por lo tanto, a la hora de plantear soluciones deberemos tener en cuenta si queremos que éstas sean aplicables en los diferentes escenarios o, por el contrario, a diferentes situaciones aplicaremos diferentes alternativas.

En el ámbito sanitario, los sistemas basados en papel están siendo reemplazados por sistemas digitales<sup>21</sup> y esto también debe incluir el CI. Ya lo vemos con los datos reflejados en la encuesta llevada a cabo en el servicio de CGD, el sentir general es que este procedimiento debe migrar hacia un proceso de digitalización (Anexo 2). Pero no debemos ignorar que, a pesar de las oportunidades que esta informatización ofrece, existen riesgos y retos que deben predecirse e intentar evitarse para una implementación exitosa del proceso de rediseño.

A pesar de que nuestro objetivo principal es el de actualizar el procedimiento de obtención y archivo del CI, podemos enumerar una serie de ventajas adicionales que la digitalización del procedimiento nos puede aportar:

- La telemedicina y, en particular, el consentimiento electrónico, abren la puerta a procedimientos de consulta telemática o consentimiento remoto, sin necesidad de entrevistas cara a cara.
- El proceso informatizado permite disminuir la carga física de almacenamiento de documentos, así como disminuir la posibilidad de errores en el archivo, como pueden ser el extravío, el archivo en el lugar equivocado o la pérdida de calidad del documento (rotura, arrugado...)
- Se permite la recuperación fácil del archivo, no solo para el momento del ingreso y la cirugía, sino también para procesos de investigación o auditorías.
- Las medidas de digitalización permiten extender el campo de actuación, permitiendo implementar nuevas medidas que faciliten la entrega de la información o la comprensión por parte de los pacientes, como esquemas o videos sobre el procedimiento y sus riesgos.

A su vez, al implementar una adaptación digital del proceso de CI se destapan una serie de riesgos o posibles complicaciones que se deben intentar minimizar:

- **Inteligibilidad:** la población a la que va dirigida esta medida es muy heterogénea. Generalmente se trata de inmigrantes digitales, con posibilidad de acceso dispar a nuevas tecnologías, o directamente añosos en nada familiarizados con procesos de firma electrónica.
- **Seguridad:** cualquier procedimiento digital debe cumplir con los máximos estándares de ciberseguridad. Los datos médicos de carácter personal son la información más sensible que existe y, tanto profesionales a nivel individual, como las instituciones sanitarias, están obligados por ley a garantizar su confidencialidad.
- **Practicabilidad / impacto en la carga de trabajo:** la literatura sugiere que el consentimiento electrónico puede aumentar el tiempo del proceso de adquisición de consentimiento con respecto al papel<sup>22</sup>. Además, dependiendo del procedimiento que se considere (escaneo, firma electrónica...) puede requerirse de personal que lo lleve a cabo. Una ventaja aparente es que se generan nuevos puestos de trabajo administrativo, pero deben establecerse a priori los flujos de información y los responsables de cada parte del procedimiento.
- **Costes:** en cuestión de seguridad, adquisición de software/hardware para la recogida de la firma electrónica, y apoyo administrativo al implementar una nueva medida.

A continuación pasamos a presentar posibles soluciones al procedimiento de adquisición y archivo del documento de CI, con sus ventajas y riesgos:

- **Continuar con firma en papel:** la propuesta más sencilla podría ser continuar con la firma el papel del documento de CI y una copia para el paciente. Este procedimiento es el que actualmente se está llevando a cabo. A partir de aquí, actualmente, se están practicando diferentes acciones, como ya contamos en los resultados de la encuesta (Anexo 2), pero son muy dispares y nuestra

propuesta es homogeneizarlas. Proponemos que desde el servicio de documentación e historias clínicas se lleve a cabo la digitalización del documento (escaneo) y archivo en la HC electrónica. De esta manera las posibilidades de extravío del CI se minimizan y se permite su recuperación en cualquier momento a través del programa de gestión de la HC electrónica. Esta opción serviría para cualquier paciente que se incluyera en lista de espera quirúrgica, sea CAE o consultas hospitalarias. El proceso pasaría por establecer el tránsito de ese documento en papel y unos responsables de la digitalización, lo que podría generar puestos de trabajo administrativo. Como desventaja, destaca la pérdida de la oportunidad de optar por un procedimiento más novedoso, más informático, con las ventajas que esto aporta. También, se seguiría generando residuo en papel, con la implicación ecológica que esto trae.

- **Firma digital manuscrita**<sup>23,24</sup>: Existen en el mercado soluciones que permiten la digitalización directa de la firma, como los que podemos encontrar en los bancos. Estos aparatos permiten la firma por parte del interesado, sin necesidad de que el paciente disponga de certificados electrónicos o claves. Estas soluciones parten de iniciativas privadas que proveen del servicio. Permiten la opción de disponer de unos puestos fijos para la firma, o de un software para la firma desde cualquier dispositivo.

Las ventajas de esta opción son claras. Como anuncian, son soluciones que permiten asegurar la validez legal de la firma, pues se rigen por altos estándares europeos de legislación en materia de protección de datos y firma electrónica. Igualmente, anuncian que ya han sido establecidos en organismos del ámbito de la salud española.

También la firma digital manuscrita permitiría ser usada no solo para el CI, sino para otros procedimientos que requieren de firma, como la inclusión en lista de espera, disminuyendo la carga de trabajo en papel y la posibilidad de errores.

Las desventajas de este proceso se basan mayoritariamente en cuestiones económicas, pues se requiere de un contrato, generalmente de alquiler, con entidades privadas que proveen del servicio. También se requiere de la adquisición de hardware que permita la firma.

- **Firma electrónica**: Está modalidad, regulada por la Ley 6/2020, reguladora de determinados aspectos de los servicios electrónicos de confianza, se basa en la firma con certificados reconocidos y generada a través de dispositivos seguros de creación de firma<sup>25</sup>. Las alternativas son el DNI electrónico o los certificados digitales de Persona Física expedidos por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre (FNMT). Cualquier ciudadano español o extranjero con DNI o NIE puede solicitar este certificado de manera gratuita<sup>26</sup>. Esta modalidad supone un medio seguro y reconocido por la legislación española para acreditar la identidad de forma segura en espacios digitales. Desafortunadamente, no todos los ciudadanos disponen de tales alternativas. Sin embargo, el personal médico sí que dispone de este certificado de manera universal, pues ya es usado para otros procedimientos, como la receta médica electrónica. Utilizando una firma electrónica por parte del médico se garantiza la integridad y autenticidad del documento<sup>25</sup>, por lo que la parte de la seguridad legal quedaría cubierta.

Esta modalidad también requeriría de la adquisición de material tipo hardware para posibilitar la firma electrónica, pero, dado que se trata de una medida ampliamente establecida en la Administración pública, cabe suponer que el costo sería menor con respecto a las iniciativas de índole privada.

A continuación presento una propuesta de solución, extraída íntegramente del artículo Procedimiento de Consentimiento Informado Electrónico, publicada en diciembre de 2011 en la sección de Legal y Bioética de la Fundación Instituto Roche<sup>25</sup>. Se trata de un apartado del artículo, el cual resulta de máxima utilidad para el tema que nos ocupa, pues se amplían algunas de las consideraciones hechas anteriormente en este apartado del trabajo.

## Propuesta de Solución<sup>25</sup>

El proceso de CI se realiza en la forma tradicional, en el acto médico-paciente, informando al paciente de los aspectos recogidos en la Ley 41/2002 (LAP).

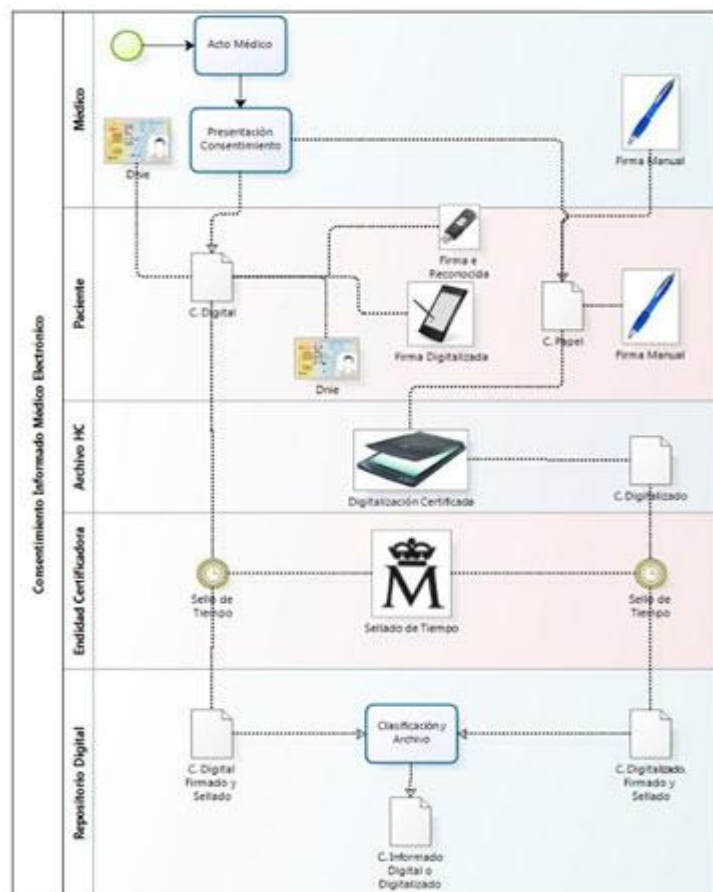
El médico utilizará un repositorio de plantillas de consentimiento adaptadas. La plantilla será completada automáticamente con los datos del paciente que procederán de la Base de Datos del centro.

El facultativo completará los apartados con contenidos específicos si fuera necesario, marcando las opciones oportunas de consentimiento.

El facultativo firmará electrónicamente el documento, garantizando que éste queda cerrado y no puede ser modificado una vez entregada la copia al paciente. Se podría ofrecer una URL de forma que el paciente, utilizando el hash proporcionado en el documento, pueda acceder al documento electrónico original.

A continuación se imprimirá una copia para el paciente, que irá referenciada electrónicamente para poder ser identificada en el futuro, incluyendo una nota indicando que se trata de copia de un documento electrónico.

En el mismo acto, o posteriormente, se ofrecerá al paciente la posibilidad de aceptar o rechazar el consentimiento.



El documento electrónico irá firmado de tres formas:

- **Por el médico responsable** usando firma electrónica reconocida (por ejemplo DNI electrónico)
- **Por el paciente**
  - Podrá firmar utilizando su DNI electrónico.
  - Podrá utilizar otra firma electrónica reconocida o firma electrónica avanzada (FNMT)
  - Digitalización de su firma.
  - En la forma tradicional firmando en el papel.
- **La tercera firma consiste en el sellado de tiempo.**

El documento electrónico se archivará en el repositorio de CI Electrónicos.

Si el paciente ha optado por la firma tradicional en papel, entregamos copia al paciente y se envía otra al Archivo, que procederá a la Digitalización Certificada del documento, obteniendo una copia electrónica del documento con las mismas condiciones de seguridad e integridad que para el documento electrónico obtenido en la propia consulta. Para este documento serán necesarias dos firmas:

- Firma electrónica del funcionario público habilitado para estas funciones. Podrá ser una firma institucional.
- Sellado de tiempo.

Una vez digitalizado el papel, éste pasará al repositorio de CI electrónicos, destruyendo el original por medios adecuados.

## 6.- CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo hemos presentado el problema que existe actualmente con el procesamiento, archivo y custodia de los consentimientos informados en el servicio de cirugía general y digestiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Hemos enumerado, por un lado, los argumentos teóricos que justifican esta actualización: legales, éticos y aplicados. Y, por otro, hemos representado de manera práctica el sentimiento de que existe esta necesidad, a través de la encuesta a los miembros del servicio. A su vez, hemos presentado un primer esbozo de las alternativas que existen para plantear una solución.

Durante la exposición nos hemos podido dar cuenta de que, si bien la actualización se hace obligatoria, ésta debe llevarse a cabo con prudencia. Un cambio en el paradigma de la obtención de la firma del CI no debe llevarnos a una nueva situación rígida y encorsetada, sino que debe estar preparado para la diversidad de las situaciones a las que nos enfrentamos. Es decir, aunque el objetivo sea trasladarnos a un entorno de firma más digital, deben mantenerse alternativas que aseguren el respeto de los derechos de los ciudadanos: Principio de autonomía (información), igualdad o respeto a la protección de datos de carácter personal.

Por último, y siguiendo con el valor de la prudencia, este trabajo se presenta como una propuesta de actualización. Se trata de una primera aproximación al problema, que debe ser revisada y alimentada en muchos aspectos. Por ejemplo, desde el punto de vista jurídico, puede ser necesario la ampliación en cuestiones de protección de datos o de seguridad electrónica que aseguren la validez legal de la medida. O desde el punto de vista informático, requiere de una visión especializada que permita aprovechar todas las oportunidades que la digitalización ofrece. También espero que, dada la complejidad que este tipo de actualización entraña, se entienda que la responsabilidad de esta mejora en el procedimiento de custodia del CI recae en la Administración, quien debe coordinar el proceso, poniendo en valor la visión de los usuarios/pacientes y sanitarios. Tratándose de un problema con tantas aristas (éticas, legales, técnicas), la solución debe ser multidisciplinar y coordinada para obtener el mayor beneficio posible.



## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Laín Entralgo, P. *La Historia Clínica*. Triacastela. Madrid. 1998.
- 2.- Martínez Hdez, J. Historia clínica. *Cuad. Bioética*. XVII, 2006/1ª.
- 3.- España. 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. Boletín Oficial del Estado, de 15 de noviembre de 2002, núm. 274.
- 4.- Canarias. DECRETO 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos. Boletín Oficial de Canarias, de 08 de agosto de 2005, núm 154.
- 5.- Falagas, M. E. Korbila, I. P. Giannopoulou, K. P. Kondilis, B. K. Peppas, G. Informed consent: how much and what do patients understand? *Am J Surg*. 2009 Sep;198(3):420-35.
- 6.- Bollschweiler, E. Aptsch, J. Obliers, R. Koerfer, A. Mönig, S. P. Metzger, R. Hölscher, A. H. Improving informed consent of surgical patients using a multimedia-based program? Results of a prospective randomized multicenter study of patients before cholecystectomy. *Ann Surg*. 2008 Aug;248(2):205-11.
- 7.- Issa, M. M. Setzer, E. Charaf, C. Webb, A. L. Derico, R. Kimberl, I. J. Fink, A. S. Informed versus uninformed consent for prostate surgery: the value of electronic consents. *J Urol*. 2006 Aug;176(2):694-9; discussion 699.
- 8.- Ruiz López, P. El consentimiento informado en cirugía. Distancia entre teoría y práctica. *Cirugía Española*. 2013; Vol.91(9):551-553,
- 9.- Guix Oliver, J. Balaña Fort, L. Carbonell Riera, J. M. Simón Pérez, R. Surroca Macià, R. M. Nualart Berbel, L. Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. *Rev. Esp. Salud Publica*. 1999;vol.73, n.6.
- 10.- España. Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado de 29 de abril de 1986, núm. 102.
- 11.- González, D. Logaldo, R. Bazán, N. Wagner, G. Rodríguez, H. Ruso, L. Cumplimiento de la normativa médico-legal en un Servicio de Cirugía General de la Facultad de Medicina de la UDELAR. Análisis de 3471 historias clínicas. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)*. 2014;1(1):41-5.
- 12.- Uruguay. Pacientes y usuarios de los servicios de salud: se establecen sus derechos y obligaciones. Ley 18335 de 15 de agosto de 2008. Diario Oficial de 26 de agosto de 2008, num. 27554.
- 13.- del Pozo. P. García, J. A. Escribano, M. Soria, V. Campillo-Soto, A. Aguayo-Albasini, J. L. Evaluación y mejora del manejo del consentimiento informado en urgencias [Evaluation and improvement of the management of informed consent in the emergency department]. *Rev Calid Asist*. 2009 Sep-Oct;24(5):222-7.

- 14.- Bañón Morón, N. Aproximación al proceso de consentimiento informado en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Noviembre de 2009. Trabajo Fin de Máster. Máster Bioética y Bioderecho. Universidad de La Laguna.
- 15.- Calle-Urra, J. E. Parra-Hidalgo, P. Saturno-Hernández, P. Fonseca-Miranda, Y. Martínez-Martínez, M. J. Evaluación y mejora de la calidad de los documentos de consentimiento informado en nueve hospitales del servicio murciano de salud [Evaluation and Improvement of the Informed Consent Documents in 9 Hospitals, Spain]. *Rev Esp Salud Pública*. 2015 May-Jun;89(3):307-19.
- 16.- Romeo Casabona, C. M. *El derecho a la información clínica*. Máster Bioética y Bioderecho. Universidad de La Laguna.
- 17.- Romeo Casabona, C. M. *El consentimiento del paciente como presupuesto de la actividad biomédica*. Máster Bioética y Bioderecho. Universidad de La Laguna.
- 18.- Gallego Riestra, S. Pregunta 15: Antelación de la información para el Consentimiento Informado. *AsturSalud, Portal de salud del Principado de Asturias*. 17 de diciembre de 2018. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/pregunta-15-antelacion-de-la-informacion-para-el-consentimiento-informado>
- 19.- Medina Castellano, C. D. *Ética aplicada a la gestión: La toma de decisiones*. Máster Bioética y Bioderecho. Universidad de La Laguna.
- 20.- <https://diarioresponsable.com/noticias/30926-adela-cortina-la-empresa-del-futuro-sera-etica-social-verde-o-no-sera>
- 21.- Lunt, H. Connor, S. Skinner, H. Brogden, G. Electronic informed consent: the need to redesign the consent process for the digital age. *Intern Med J*. 2019;49: 923-929.
- 22.- Skelton, E. Drey, N. Rutherford, M. Ayers, S. Malamateniou, C. Electronic consenting for conducting research remotely: A review of current practice and key recommendations for using e-consenting, *International Journal of Medical Informatics*. 2020;Vol 143.
- 23.- <https://www.edatalia.com/es/que-es-la-firma-digital-manuscrita>
- 24.- <https://www.viafirma.com/faq/es/firma-digitalizada-o-biometrica/>
- 25.- Gilbert, M. Sánchez Laguna, F. J. Procedimiento de Consentimiento Informado Electrónico. *Fundación Instituto Roche*. 16 de diciembre de 2011. [https://www.instituto-roche.es/legalactualidad/97/procedimiento\\_de\\_consentimiento\\_informado\\_eletronico](https://www.instituto-roche.es/legalactualidad/97/procedimiento_de_consentimiento_informado_eletronico)
- 26.- <https://www.sede.fnmt.gob.es/certificados/persona-fisica>

ANEXO 1. Encuesta llevada a cabo entre los facultativos adjuntos del servicio de CGD del HUNSC.

# Consentimiento informado. HUNSC

El objetivo de esta encuesta es conocer la percepción por los cirujanos del servicio de CGD del procedimiento de recogida y archivo del documento de Consentimiento informado (CI) en las consultas. Creo que el proceder general es entregar el CI en consulta (a Macu) para que sea archivado. Pero he detectado que algunos compañeros han cambiado su práctica. Me gustaría conocer cómo lo están haciendo ahora. Gracias.

---

**\*Obligatorio**

1. Indica tu sección \*

*Marca solo un óvalo.*

- CGD1
- CGD2
- CGD3
- CGD5
- CGD6
- CGD7

2. Edad \*

*Marca solo un óvalo.*

- 65-55
- 54-50
- 49-45
- 44-40
- 39-35
- 34-30

- 3. Por regla general, entrego el consentimiento en el momento de inclusión en lista de espera quirúrgica

*Marca solo un óvalo.*

Sí  
 No

- 4. Tengo la percepción de que el documento de CI se extravía en ocasiones, a pesar de estar entregado previamente. \*

*Marca solo un óvalo.*

Si  
 No

- 5. He cambiado mi forma de actuar al recabar el consentimiento informado (ahora lo escaneo, lo guardo personalmente en el despacho, indico en la historia clínica que está firmado...) \*

*Marca solo un óvalo.*

Si, siempre  
 Si, a veces  
 No

- 6. Indicar/ explicar qué hago ahora (lo escaneo, lo guardo personalmente en el despacho, indico en la historia clínica que está firmado...) u cuándo (patología benigna/maligna o patología “mayor”)

---

---

---

---

---

7. Alguna otra consideración

---

---

---

---

---

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

## ANEXO 2. Respuestas abiertas a las preguntas 6 y 7 de la encuesta.

Pregunta 6: Indicar/ explicar qué hago ahora (lo escaneo, lo guardo personalmente en el despacho, indico en la historia clínica que está firmado...) y cuándo (patología benigna/maligna o patología “mayor”). 21/26 respuestas.

Indico en la hc que está entregado y firmado
Se lo explico detalladamente y lo dejo reflejado en la historia
Lo escaneo y se añade a la historia clinica del paciente
Lo escaneo, lo indico siempre en la historia clínica y en procesos complejos de cirugía oncologica se archiva en el despacho
Indicó en la historia que está firmado y comprendido
Todas esas opciones(escaneo, guardo en despacho y lo indico en la historia)
Todas esas opciones(escaneo, guardo en despacho y lo indico en la historia)
Lo escaneo
Lo escribo en la historia
Lo escaneo en función del tiempo que tenga
Se escanea y se cuelga en Drago
Para patología maligna, guardar en despacho, +/- escanear y subir a historia del paciente, cada vez más Para benignos, auxiliar de enfermería, en general, salvo cirugía hepática
Se entrega en mano al paciente y se indica en la historia física
Lo escribo en la historia clinica que he explicado todo y se firma el CI
Lo grapo en la lista de espera . No es el médico quien tiene que perder su tiempo para escanear el consentimiento
Indico en historia que se entrega, firma y va a archivo
1. Le explico al paciente dtto,tto qx y complicaciones 2.Le pregunto si lo ha entendido 3. Si es afirmativo le doy un consentimiento que firma y éste lo grapo a la inclusión en LEQX 4. Le doy otro consentimiento igual al que ha firmado , para su casa
Entrego dos copias. Una para el paciente y otro en la historia
Indico en la HC que está entregado
escribo en la historia que está firmado
Escaneo según sobrecarga, siempre CI físico en el despacho y siempre escribo que lo firma

Pregunta 7: Alguna otra consideración. 7/26 respuestas.

Se debería digitalizar
Lo ideal es que se quede todo digitalizado en la historia clínica
Debería abolirse la firma de papel y que el paciente firmara de manera digital y que se añadiera directamente a la historia del paciente (como en el banco) que parece q seguimos en la edad de piedra
Estaría bien un sistema de escaneo rápido en consulta, se podría subir rápida y cómodamente al Drago del paciente, en la misma consulta
La carga de trabajo administrativa cada vez es mayor y hacemos cosas que no nos tocan, nuestro sueldo es mucho más elevado que el de un administrativo o auxiliar de clínica. Debemos hacer las cosas para las que estamos capacitados
Es necesario facilitar la digitalización
Lo referido