

	Fecha de edición	Agosto 2022	Autor	SISS
	Fecha revisión		Próxima revisión	Julio 2024
	Versión	2		

## PROTOCOLO DE REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIBLES A :

### UNIDADES DE PSICOLOGIA – U.70.

**U.70 Psicología clínica:** unidad asistencial en la que un psicólogo especialista en Psicología clínica, dentro del campo de su titulación, es responsable de realizar diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en la salud de los seres humanos.

**CENTRO:**

**NICA:**

**INSPECTOR ACTUANTE:**

**FECHA DE LA VISITA:**

**REPRESENTANTE DEL CENTRO PRESENTE EN LA VISITA:**

Nombre:

En calidad de:

Director técnico asistencial del centro, Nombre y titulación:

**TIPO DE SOLICITUD ADMINISTRATIVA DE ACTIVIDAD.**

Autorización de funcionamiento (AF).		Renovación (R)	
Modificación oferta asistencial		Modificación por alteraciones estructurales	
Actividad programada (AP).			

## INDICE

1.- DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES.....	3
1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD.....	3
1.2.- DERECHO A LA INFORMACIÓN (ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL) Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.....	3
1.3.- DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA.....	5
1.4.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.....	6
1.5.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	7
2.- SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	8
2.1.- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LA PERSONA.....	8
2.2.- SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO.....	8
5.- PERSONAL SANITARIO.....	9
RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN.....	10
VERSIÓN DEL PROTOCOLO.....	10

## 1.- DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES.

En los Centros Sanitarios se debe garantizar el desarrollo efectivo de los derechos fundamentales de las personas que son atendidas, desde el primer contacto con el mismo, durante todo el recorrido del proceso asistencial, hasta su finalización. Derechos fundamentales como la intimidad, la confidencialidad, la información, la toma de decisiones, la negativa al tratamiento, etc., se constituyen como un eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

### 1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD.

En el Centro se garantiza el **derecho a la intimidad y privacidad de las personas**, tanto para facilitar la información como para la prestación de la atención sanitaria.

U.70. DG.01		
El Centro dispone de espacios y de recursos que permitan <b>la protección de la intimidad y de la privacidad</b> de la persona ( <b>visual y auditiva</b> ), que serán de dimensiones suficientes según la naturaleza del Centro y su volumen de actividad.		
Para afirmarlo deberá:		
	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con un <b>área de recepción</b>, información y/o atención a los usuarios, que debe disponer de espacio suficiente y de medidas estructurales y/o organizativas (sistema de separación, bandas de espere su turno, etc.) que permitan la privacidad y una atención individualizada.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispone de <b>sala de espera</b> con capacidad y mobiliario adecuados que garanticen la confortabilidad de los usuarios.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispone de <b>consulta o despacho</b> profesional que permite llevar a cabo la atención sanitaria garantizando la intimidad de la persona.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIÓN:		
VERIFICACIÓN:		

	SI	NO
U.70. DG.02		
La distribución de los locales del centro y la ubicación de su equipamiento coincide con los planos a escala aportados en el expediente.		
OBSERVACIONES:		

### 1.2.- DERECHO A LA INFORMACIÓN (ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL) Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

Los Centros sanitarios y los profesionales que intervienen en la actividad asistencial están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los **deberes de información y de documentación clínica**, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

U.70. DG.03

El Centro Sanitario difunde **información sobre su funcionamiento** (servicios y unidades asistenciales disponibles, cartera de servicios, cuadro de profesionales, horarios, ubicación, requisitos de acceso, etc.) así como otra información que considera de interés, ya sea en soporte papel o electrónico.

Para afirmarlo deberá:

SI NO

<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplir la normativa de aplicación en materia de <b>Publicidad</b> (Real Decreto 1907/1.996, art. 5 del Decreto 69/2008). La publicidad debe ser acorde con el contenido de la autorización sanitaria<sup>1</sup>.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>La publicidad se puede considerar como engañosa<sup>2</sup>.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria<sup>3</sup>.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>En lugar destacado del área de recepción, figurar una <b>relación completa del personal sanitario del centro</b>, con expresión de la titulación profesional que ostenta.</li> </ul>		
OBSERVACIÓN:		

U.70. DG.04

La **identificación de los profesionales** debe permitir a los usuarios conocer al profesional que le atiende y al profesional de referencia en cada momento del proceso asistencial, así como identificar la categoría profesional y funciones desarrolladas.

Para afirmarlo:

SI NO

<ul style="list-style-type: none"> <li>La totalidad de los profesionales del Centro Sanitario, que facilitan información y/o prestan la asistencia, llevan <b>identificación personal visible</b>.</li> </ul>		
OBSERVACIÓN:		

U.70. DG.05

El Centro garantiza el **derecho a la información clínica** del paciente, información que como regla general será verbal, dejando **siempre constancia en la historia clínica** de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales.

Para afirmarlo deberá:

SI NO

<ul style="list-style-type: none"> <li>Que quede constancia escrita o en soporte técnico de su proceso, guardando la información en su <b>historia clínica</b>. La información, que deberá ser al menos única por institución sanitaria, incluirá estado de salud y evolución, así como pruebas y tratamientos que recibe.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer la historia clínica de los <b>contenidos mínimos</b> <sup>1</sup> señalados en el apartado de observaciones.</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con un modelo de <b>Informe de Asistencia</b> para entregar a los pacientes, de forma que se asegure el derecho a recibir un informe clínico sobre las actuaciones sanitarias prestadas en el Centro.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir un <b>informe de alta</b><sup>2</sup> al dar por finalizado el tratamiento realizado.</li> </ul>		
<p><b>OBSERVACIÓN:</b>  <sup>1</sup>Los contenidos mínimos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La anamnesis y la formulación clínica del caso.</li> <li>b) La evolución.</li> <li>c) Los tratamientos psicológicos aplicados.</li> <li>d) Los informes de exploraciones complementarias.</li> </ul> <p><sup>2</sup> El Informe de Alta tendrá estos contenidos mínimos: datos de la persona, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.</p>		

### **1.3.- DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA.**

El Centro garantiza la **confidencialidad de la información y la protección de los datos personales de los pacientes**, haciendo un uso adecuado de los mismos, especialmente los contenidos en la documentación e Historia Clínica. Asimismo adoptarán las medidas oportunas para garantizar los **derechos de conservación, mantenimiento y custodia**, y elaborarán normas y procedimientos/protocolos que garanticen el **acceso legal a los datos** de los pacientes y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

<p>U.70. DG.06</p> <p>El Centro <b>evita actuaciones que vulneren la confidencialidad</b> de las personas que son atendidas, especialmente la publicación de información personal no autorizada por los pacientes.</p> <p>Para afirmarlo deberá:</p>		
	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No exponer listados de pacientes en áreas (paredes, paneles, puertas, etc.) de recepción, consulta, exploración, diagnósticas, de tratamiento u otras.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No difundir actos asistenciales fotografiados y/o filmados que permitan la identificación de la persona sin su previo consentimiento expreso.</li> </ul>		
<p><b>OBSERVACIÓN:</b></p>		
<p>U.70. DG.07</p> <p>El Centro tiene la <b>obligación de archivar la documentación y la historia clínica</b> de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte (papel, audiovisual, informático o de otro tipo) de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y mantenimiento, y la recuperación de la información, a efectos de garantizar la trazabilidad.</p> <p>Para afirmarlo deberá:</p>		
	SI	NO

<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de <b>procedimiento protocolizado de uso de la historia</b> y adoptar las <b>medidas técnicas y organizativas</b> adecuadas para archivar y proteger la historia clínica, que permitan la localización de la misma, la trazabilidad y evitar su destrucción o su pérdida accidental (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un <b>sistema de archivo seguro</b> (espacio adecuado, de equipos y material de archivo, persona responsable) para la documentación e historia clínica.</li> </ul>		
OBSERVACIÓN:		

U.70. DG.08  
 El Centro establece **métodos que posibilitan el acceso a la información e historia clínica** por el profesional o profesionales en el ejercicio de sus funciones y garantizando que no sea accesible a ninguna persona ajena al proceso de atención. Asimismo, el Centro garantiza el derecho de acceso de los pacientes a la información e historia clínica, y a obtener copia de los documentos y datos que figuran en ella, cumpliendo con las normas establecidas en la Ley 41/2002.

Para afirmarlo:

	SI	NO	NA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un <b>procedimiento/protocolo de protección de la confidencialidad</b> que regule y garantice la observancia de estos derechos de <b>uso y acceso</b> a la información e historia clínica y a <b>obtener copia</b> de los documentos y datos que figuren en ella, tanto en lo relacionado con el profesional o profesionales como con los pacientes y familiares/representantes.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando se utilicen <b>equipos informáticos</b> para recoger y almacenar datos de salud de los pacientes cuentan con <b>accesos restringidos</b>.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIÓN:			

#### 1.4.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.

En los Centros sanitarios, los usuarios tienen derecho a la información sobre **guías/fórmulas de participación, quejas y reclamaciones**. El tener en cuenta la opinión de los pacientes constituye un importante instrumento para mejorar.

U.70. DG.09 El Centro establece <b>procedimientos y sistemas</b> para garantizar el efectivo desarrollo de estos preceptos. Para afirmarlo deberá:			
	SI	NO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de <b>hoja de quejas y reclamaciones</b> de las personas usuarias de Andalucía, establecido en el Decreto 82/2022 de 17 de mayo.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"><li>Tener establecido un <b>procedimiento para la gestión de las reclamaciones</b> que contempla circuitos, plazos, informes y responsables de los mismos; designa la persona en que recae la responsabilidad del análisis y respuesta de las reclamaciones realizadas y establece un mecanismo de implantación de acciones de mejora o correctivas en su caso y la difusión de estas a los profesionales del Centro.</li></ul>		
OBSERVACIÓN: <sup>1</sup> En consultas unipersonales el procedimiento se simplificará al establecimiento de los plazos.		

### **1.5.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

El Centro y sus profesionales deben garantizar que el paciente esté libre de daño durante su estancia en el Centro y en el proceso de atención sanitaria, incorporando medidas y prácticas relacionadas con la **seguridad del paciente**.

U.70. DG.10 El Centro sanitario es un <b>Centro libre de humo de tabaco</b> . El Centro garantiza la protección a sus usuarios del efecto dañino del tabaco durante su estancia en el mismo, cumpliendo con la normativa en vigor y ejerciendo un papel de modelo para la ciudadanía ante el consumo de tabaco. Para afirmarlo deberá:		
	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"><li>Disponer de <b>carteles</b> que prohíban el consumo de tabaco en el Centro, establecidos por la normativa antitabaco vigente.</li></ul>		
OBSERVACIÓN:		

## 2.- SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Centro debe garantizar la seguridad del paciente desarrollando actuaciones que la incrementen, con el propósito de eliminar el daño evitable del paciente durante su atención.

### 2.1.- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LA PERSONA.

El Centro garantiza una **segura identificación de los pacientes** antes de ser atendidos, especialmente previa a la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, o antes de la administración de medicamentos y hemoderivados.

	SI	NO
U.70. SP.01		
<ul style="list-style-type: none"><li>El Centro aplica medidas para la <b>identificación inequívoca de la persona</b> (dos códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y/o DNI) en la recepción y/o contacto con el paciente.</li></ul>		
<ul style="list-style-type: none"><li>Dispone de un <b>sistema de registro de pacientes</b>, en el que deben constar estos datos, además de su filiación, fecha, hora y profesional sanitario que le atendió, permitiendo garantizar la trazabilidad de la atención prestada.</li></ul>		
<ul style="list-style-type: none"><li>Deja constancia de estos datos identificativos en toda <b>documentación</b> (solicitudes de pruebas complementarias, informes, etc.) y/o <b>historia clínica</b> del paciente.</li></ul>		
OBSERVACIÓN:		

### 2.2.- SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO.

El Centro establece las medidas necesarias y realiza actuaciones en sus instalaciones, infraestructuras y equipamiento a fin de garantizar la seguridad en su uso y mantenimiento.

U.70. SE.01		
El Centro realiza un correcto mantenimiento de las <b>condiciones higiénico sanitarias</b> precisas en sus locales, instalaciones y equipos.		
Para afirmarlo:		
<ul style="list-style-type: none"><li>Existe <b>Protocolo de limpieza y desinfección de locales e instalaciones</b>, y contrato de prestación del servicio (salvo que se acredite que se realiza con medios propios)<sup>1</sup>.</li></ul>		
OBSERVACIÓN:		
<sup>1</sup> El protocolo incluirá necesariamente la organización de la actividad, los métodos, los productos, el listado de instalaciones a limpiar y desinfectar, la periodicidad, sistema de registro de la actividad y las responsabilidades del personal.		

**3.- PERSONAL SANITARIO.**

	SI	NO
U.70. PS.01 ¿Coincide el personal del centro con el aportado en el expediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIÓN:		
VERIFICACIÓN: AF, R y AP: Comprobar si coincide el personal del centro con el dado de alta en SICESS.		

En caso negativo relacionar el personal que no coincide y que tienen que dar de alta en el SICESS.

DNI	Apellidos y nombre	Titulación

Relacionar el personal que figure en SICESS y que ya no presta sus servicios en el centro.

DNI	Apellidos y nombre	Titulación

## **RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN.**

1. Publicidad del centro.	DG.03
2. Modelo de historia clínica.	DG.05
3. Modelo de informe de alta.	DG.05
4. Procedimiento para archivar y proteger la historia clínica.	DG.07
5. Procedimiento de protección de la confidencialidad y acceso a la historia clínica.	DG.08
6. Procedimiento para la gestión de las reclamaciones.	DG.09
7. Registro de pacientes.	SP.01
8. Protocolos de limpieza y desinfección de locales e instalaciones y del equipamiento general.	SE.01

## **VERSIÓN DEL PROTOCOLO**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Actualizaciones realizadas</b>
1	Junio 2021	Se confecciona el protocolo.
2	Agosto 2022	DG.09 se actualiza la referencia normativa y nuevo logo de la Consejería.