

¿Estamos obligados a identificarnos a nuestros pacientes?



Are we required to identify ourselves to our patients?

Sra. Directora:

A propósito de las funciones que tienen las tarjetas de identificación del personal sanitario en los centros asistenciales, que, además de ser identificativas, sirven como elemento de seguridad y control de accesos, desde nuestra experiencia queremos hacer una reflexión en el contexto legal actual y la pertinencia de su uso en nuestro entorno.

Desde hace años, algunos estudios correlacionan la satisfacción positiva del paciente con la correcta identificación del médico y/o enfermera¹⁻³. Los pacientes que identifican la categoría profesional del sanitario se sienten involucrados en su propio cuidado y pueden dirigir sus preguntas adecuadamente, mejorando así su satisfacción general⁴, lo que a su vez redundará en el bienestar del equipo médico⁵.

En España, el artículo 19.ñ) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece el deber de dicho personal de facilitar a los usuarios del Sistema Nacional de Salud su identificación por su nombre y categoría profesional.

En ese mismo sentido, la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en ciencias de la salud, señala que los pacientes tienen derecho a saber que hay alumnos en formación presentes en su proceso asistencial y, por ello, la dirección del centro sanitario (y no la universidad, escuela o centro formativo de origen) les facilitará una tarjeta identificativa que se colocará en lugar visible del uniforme conteniendo los datos personales, fotografía y referencia expresa al grupo al que pertenece el alumno.

En algunas comunidades autónomas⁶, de manera pragmática, se ha limitado la información contenida en la tarjeta identificativa en los servicios de psiquiatría, urgencias hospitalarias y de atención primaria, y solo recoge los datos de la categoría profesional, el nombre y las iniciales de los dos apellidos.

Esta regulación de la normativa sectorial en materia de obligaciones de los profesionales sanitarios se ve también condicionada por el marco normativo vigente en materia de protección de datos personales. La difusión de los datos identificativos de los profesionales sanitarios, mediante la inclusión de los mismos en una tarjeta identificativa o mediante la cesión a petición de un paciente, es un tratamiento de datos personales, en los términos del artículo 4.2 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), que tiene como base de legiti-

mación el cumplimiento de la obligación legal conforme al artículo 6.1.c) del citado Reglamento.

El tratamiento de los datos debe cumplir también los principios generales del tratamiento previstos en el artículo 5 del citado Reglamento, y conforme al principio de minimización de datos (art. 5.1.c), únicamente pueden ser tratados los datos adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con los fines con los que son tratados.

Una relación médico-paciente de confianza es esencial para el éxito de la atención médica, ya que la medicina centrada en el paciente se caracteriza por una interacción bidireccional en todas las etapas del proceso de toma de decisiones⁷.

Así, los artículos de la normativa sectorial analizados han de ser interpretados restrictivamente, y los datos de identificación del personal estatutario de los servicios de salud deben limitarse al nombre (sin apellidos), categoría profesional —potenciando el uso correcto de un código de colores⁸— y alguna codificación interna que permita su identificación al solo efecto de la tramitación de posibles reclamaciones o agradecimientos de los usuarios del sistema.

Financiación

No hemos recibido financiación.

Conflicto de intereses

Declaramos que no existe conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores.

Bibliografía

1. Chang J, Arbo J, Jones MP, Silverberg J, Corbo J. Mitigating the gender gap: How "DOCTOR" badges affect physician identity. *Am J Emerg Med*. 2021;46:141-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2021.04.037>.
2. Hickerton BC, Fitzgerald DJ, Perry E, de Bolla A. Response to letter regarding 'patient interpretation of current doctor identification badges: are we just confusing the matter'. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:543-7, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003154>.
3. Nuno J, Fernandes S, Rei Silva T, Guimarães AC, Morais Pereira B, Laureano-Alves S, et al. What attributes do patients prefer in a family physician? A cross-sectional study in a northern region of Portugal. *BMJ Open*. 2021;11:e035130, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035130>.
4. Zucco L, Desmond G, Carpenter B. Identity cards help patients identify their doctors. *BMJ Qual Improv Rep*. 2014;2, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjquality.u539.w574>, u539.w574.
5. Foote MB, DeFilippis EM, Rome BN, Divakaran S, Yialamas MA. Use of "Doctor" badges for physician role identification during clinical training. *JAMA Intern Med*. 2019;179:1582-4, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2416>.
6. Instrucción número 10/2016/DGP, de 5 de diciembre, sobre identificación del personal de determinados centros sanitarios. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
7. Zollinger M, Houchens N, Chopra V, Clack L, Schreiber PW, Kuhn L, et al. Understanding patient preference for physician attire in ambulatory clinics: A cross-sectional observation.

nal study. BMJ Open. 2019;9:e026009, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026009>.

8. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Plan Persona. Junta de Castilla y León - Consejería de Sanidad, 2021. pág. 113. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona>.

M. López-Gobernado^{a,*}
y J.I. Sánchez Brezmes^b

^a Servicio de Estudios, Documentación y Estadística, Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Valladolid, España

^b Delegado de Protección de Datos, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlopezgob@saludcastillayleon.es (M. López-Gobernado).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.10.002>
2603-6479/

© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Adherencia a las guías de práctica clínica, de la teoría a la acción en un hospital de Colombia



Adherence to clinical practice guidelines from theory to action in a hospital in Colombia

Sra. Directora:

Las guías de práctica clínica (GPC) han demostrado ser un documento útil y eficaz para optimizar el cuidado en salud, reduciendo la variabilidad en la atención, así como la ocurrencia de eventos adversos¹. No obstante, estos potenciales beneficios dependen de la correcta adopción/adaptación e implementación de las guías de acuerdo al contexto de cada unidad hospitalaria, así como del grado de adherencia del personal clínico a las recomendaciones realizadas, lo que constituye un desafío en el ámbito hospitalario. Las GPC ofrecen recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica, realizando un balance de

riesgo-beneficio de las terapias y tecnologías disponibles. Sin embargo, en países como Colombia los recursos son limitados y deben ser optimizados entre todos los actores del sistema de salud. Lo anterior motivó al gobierno en el año 2009 a lanzar un programa nacional de GPC para establecer una guía nacional para la adaptación e implementación en cada centro asistencial para patologías priorizadas². En esta carta, nosotros queremos aportar nuestra experiencia y opinión en el proceso de pasar de la teoría a la práctica en la implementación y la medición de adherencia de las GPC, para orientar a la toma de decisiones durante la atención en salud.

Para contextualizar, la Clínica Imbanaco Grupo Quirón-Salud es una institución de carácter privado ubicada en Cali (Colombia) que hace parte de las instituciones hospitalarias que sirven como referentes para el suroccidente colombiano. Desde el año 2013 se ha venido transformando el modelo de atención con el fin de ofrecer un servicio integral centrado en el paciente y con los más altos estándares de calidad, jugando las GPC un rol muy relevante en este proceso debido a que han permitido tener equidad en el

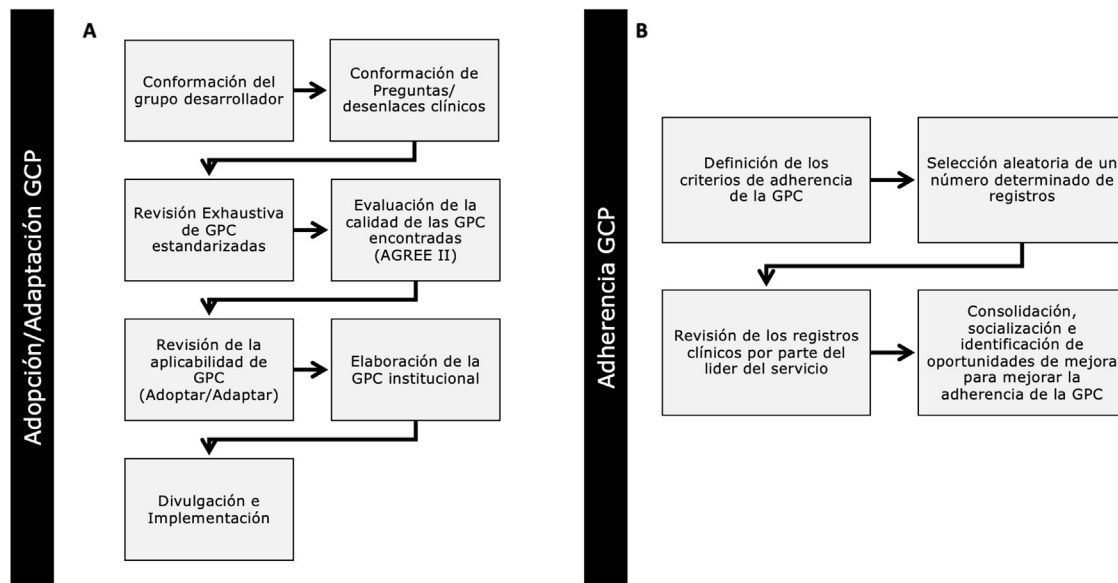


Figura 1 A) Descripción del proceso institucional para la creación y adaptación de GPC para una condición de interés. B) Descripción del proceso institucional de medición de adherencia a las GPC. GPC: guía de práctica clínica.