

**INSTRUCCIÓN de 1 de diciembre de 2008, de la Directora General de Atención Primaria para la emisión de informes sobre el estado de salud de los usuarios del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid por parte de los profesionales de los Servicios de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.**

---

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid contempla en su artículo 27.7 el derecho de los ciudadanos a acceder a la información escrita en la historia clínica, resultados de pruebas complementarias, informes de alta, certificados médicos y cualquier otro documento clínico que contenga datos sanitarios propios.

Asimismo, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece en su artículo 22 el derecho de los pacientes o usuarios a que se les faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud, que serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, dispone en su artículo 10 ("Servicios de información a los usuarios del Sistema Nacional de Salud"), punto 2, que los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a la expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos para la valoración de la incapacidad u otros efectos.

Por otra parte, el artículo 30 de la Ley 12/2001, citada, contempla como uno de los deberes de los ciudadanos respecto a la utilización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid la obligación de responsabilizarse del uso adecuado de los recursos ofrecidos por el Sistema Sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de los servicios, procedimientos de incapacidad laboral y prestaciones, introduciendo de este modo en el sistema sanitario madrileño un marco de responsabilidad en el uso racional de los recursos a través de la implicación de los ciudadanos en el mismo.

En los últimos años se viene produciendo en las consultas de Atención Primaria una demanda creciente destinada a la cumplimentación y/o emisión de informes sobre el estado de salud por parte del Médico de Familia sobre temas muy diversos y heterogéneos, siendo de reseñar que una gran parte de estas solicitudes viene condicionada por el acceso de los ciudadanos a prestaciones de índole no sanitaria.

Esta situación está generando en cualquier caso una sobrecarga de trabajo no asistencial para los profesionales, y en ocasiones una cierta controversia en torno a la necesidad o incluso a la obligación de emitir dichos documentos, además de afectar negativamente al correcto desarrollo de las funciones y actividades propias de la atención primaria, en tanto que contribuye a incrementar el número de consultas de contenido administrativo, con una ocupación del tiempo necesario para otras tareas.

Por este motivo y como parte del conjunto de medidas impulsadas desde la Dirección General de Atención Primaria para disminuir la burocratización innecesaria de las consultas de Atención Primaria, se estima necesario aclarar y regular qué tipo de informes sobre estado de salud se han de emitir en este ámbito de atención sanitaria en la Comunidad de Madrid, cuándo y con qué contenido, y todo ello con el fin de dar cumplimiento a la normativa vigente haciendo efectivo el derecho de los ciudadanos a la información, sin menoscabo en la eficacia y eficiencia del sistema sanitario público.

Por todo lo expuesto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y en el artículo 2 del Decreto 23/2008, de 3 de abril, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud se estima procedente dictar la siguiente

## INSTRUCCIÓN

### **Primero. Objeto**

La presente instrucción tiene por objeto la regulación de los casos en los que los profesionales sanitarios de los servicios de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud han de emitir informes sobre el estado de salud de un usuario que así lo solicite, el contenido de dicho informe y los destinatarios del mismo.

### **Segundo. Destinatarios de la Instrucción**

Esta instrucción va destinada a los profesionales sanitarios que integran los servicios de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid.

### **Tercero. Emisión de informes sobre el estado de salud**

1. Ante cualquier solicitud de informe sobre el estado de salud que realice un ciudadano se emitirá por parte de los profesionales sanitarios de atención primaria el documento cuyas características y contenido se regulan en la presente Instrucción.
2. La emisión de informes sobre el estado de salud de los usuarios del sistema público sanitario que así lo soliciten, sólo podrá hacerse cuando el centro donde se realice la petición sea el que corresponde al peticionario, y siempre que en dicho centro se disponga de información sanitaria sobre el paciente a través de la correspondiente historia clínica de atención primaria.
3. En consecuencia con lo anterior no procederá la emisión de ningún tipo de informe de estado de salud cuando se carezca de información para poder emitirlo, bien por la ausencia de datos registrados en la historia clínica, bien porque para su elaboración sea precisa la realización de pruebas o exámenes complementarios.

#### **Cuarto.** Pruebas o exámenes complementarios

1. La petición de pruebas o exámenes complementarios en las consultas de atención primaria deberá derivarse de las actividades que se realizan por parte de los facultativos, ya sean éstas de carácter asistencial para la atención individual de procesos agudos o crónicos, o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2. No se realizarán, por tanto, exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas por los ciudadanos o realizadas por interés de terceros, incluyendo reconocimientos y valoraciones extraordinarias de la capacidad funcional para el desempeño de actividades particulares o habilidades específicas.

#### **Quinto.** Contenido de los informes sobre el estado de salud

1. El informe sobre el estado de salud se elaborará exclusivamente con los datos que figuren en la historia clínica electrónica de atención primaria, a través de la plantilla diseñada al efecto por la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud y que se incorpora a la presente Instrucción como Anexo, la cual incluirá los siguientes epígrafes:

- Datos de identificación del paciente
- Antecedentes personales
- Problemas de salud actuales, en su caso
- Tratamientos activos
- Observaciones

2. Los datos incluidos en los informes se limitarán, en cada epígrafe, a la información contenida en la historia clínica electrónica de atención primaria en el momento de su consulta.

3. En los supuestos en que el contenido del informe que se solicite venga determinado por una norma específica de carácter legal o reglamentario dicho contenido se ajustará a lo dispuesto en la misma, como por ejemplo la Ley de Dependencia o la Orden por la que se regula la adjudicación de plazas en residencias de la Comunidad de Madrid.

Se entiende por normas específicas de carácter legal o reglamentario aquellas que constituyen disposiciones generales (Leyes, Decretos y Órdenes de carácter normativo), quedando por tanto fuera de esta consideración los meros actos administrativos (convocatorias de oposiciones, ayudas, subvenciones, etc).

#### **Sexto.** Destinatarios del informe sobre el estado de salud

Los destinatarios de los informes que se emitan serán los pacientes, sus representantes legales o las personas que la legislación vigente establezca, en su caso.

**Séptimo.** Entrada en vigor

Esta instrucción será de aplicación a partir de los diez días siguientes a su firma.

LA DIRECTORA GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA



Fdo.: Patricia Flores Cerdán



CONSEJERÍA DE SANIDAD  
DIRECCIÓN GENERAL  
DE ATENCIÓN PRIMARIA

## INFORME DE SALUD

### DATOS DEL CENTRO:

«Centro\_Nombre»  
 «Centro\_Direcci\_n» - «Centro\_Poblaci\_n» («Centro\_Provincia»).

### DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellidos: «Nombre» «Primer\_Apellido» «Segundo\_Apellido»

Edad: «Edad\_del\_paciente»

Nº Seg. Social: «N\_m\_seguridad\_social»

C.I.P. «C\_digo\_TIS»

### ANTECEDENTES PERSONALES

*Alergias:* «Alergias»

*Antecedentes Médicos:* «Ant\_M\_dicos» «Ant\_Ginecol\_gicos»

*Antecedentes Quirúrgicos:* «Ant\_Quir\_rgicos»

### PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES (con la fecha estimada de inicio)

«Episodios\_Abiertos»

### TRATAMIENTOS (mantenidos en los últimos 3 meses y fecha de inicio de prescripción)

«Prescripciones\_Activas»

### OBSERVACIONES (Hágase constar la situación clínica actual y las necesidades de cuidados y seguimiento si se requiere)

«Centro\_Poblaci\_n» a «\_F\_Fecha\_sistema\_»

Firmado: «\_F\_Usuario\_sistema\_»

Nº de colegiado: «\_F\_Usuario\_N\_m\_colegiado\_»

Este informe está basado en la Historia Clínica existente en su Centro de Salud.

Los datos sanitarios que contiene son de especial protección y tienen como único destinatario la persona solicitante.

El uso de los mismos y su entrega a terceros quedan bajo la estricta responsabilidad del destinatario (paciente o su representante legal).  
 Plaza Cardo Teles Batrán  
 28020 Madrid  
 Teléfonos 915 867 072 / 073  
 Fax 915 867 074