

I. “ANÁLISIS DETALLADO DE LAS FUNCIONES QUE SE DEBEN DESARROLLAR EN LA CATEGORÍA O ESPECIALIDAD A LA QUE SE OPTA”

Proponemos un esquema de desarrollo que completar con los contenidos que aparecen en la legislación vigente, que adjuntamos, y, en su caso, con material específico de la especialidad.

- A) La creciente complejidad de la Medicina y la necesidad de aparición de un primer nivel de atención, más global, y otro nivel en el que se encuentran las distintas especialidades. Introducción al papel del médico de familia /médico general en el sistema sanitario.

REAL DECRETO 3303/1978, DE 29 DE DICIEMBRE, DE REGULACION DE LA MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA COMO ESPECIALIDAD DE LA PROFESION MÉDICA.

La atención médica primaria a los individuos y a los grupos sociales primarios, en las necesidades de salud de la familia y en el medio social en que se inserta, exigen unos conocimientos específicos multidisciplinarios que alcancen no solo el tratamiento de las enfermedades, sino a la vez a la promoción y protección de la salud de los individuos en su medio familiar y comunitario, constituyendo un conjunto de actividades médicas integradas.

Artículo primero.

1. El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad.
2. El alcance a la misión expuesta se centra en los siguientes cometidos:
 - a) Prestar atenciones médicas y de salud en forma integrada y continuada a los miembros del grupo familiar y de las comunidades primarias tanto en consulta como en el domicilio del enfermo y en régimen tanto normal como de urgencia.
 - b) Promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.
 - c) Contribuir, junto a la administración sanitaria, al desarrollo de los aspectos de salud ambiental, materno-infantil, alimentación y nutrición, epidemiología, bioestadística, precisos para el mantenimiento equilibrado del sistema sanitario.
 - d) Orientar a los enfermos y a sus familiares en la utilización adecuada del sistema de atención médica establecida.
 - e) Colaborar en las actividades docentes orientadas a la formación del personal integrante de los equipos de salud.

"El médico general o médico de familia es el profesional responsable de proporcionar atención integral a todo individuo que solicite asistencia médica y de derivarle, cuando sea necesario, a otros profesionales de la salud. El médico general / médico de familia hace funciones de generalista al aceptar a toda persona que solicita atención, al

contrario que otros profesionales, que limitan el acceso a sus servicios en base a la edad, sexo y/o diagnóstico.

El médico general / médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad, independientemente de raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, considerando su situación cultural, socioeconómica y psicológica. Además, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El Médico General/Médico de Familia ejerce su rol profesional proporcionando atención tanto directamente como a través de los servicios de otros profesionales, de acuerdo con las necesidades de salud y los recursos disponibles en la comunidad en la que ejerce su profesión”.

Traducción de la definición de médico de familia / médico general del documento The role of the general practitioner/family physician in Health care systems: a statement from WONCA, 1991. Accesible en www.globalfamilydoctor.com/publications/index.htm

- B) El reconocimiento del derecho a la protección de la salud y el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud por parte del Estado para la satisfacción de dicho derecho.

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

Artículo 41.

Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. Las asistencias y prestaciones complementarias serán libres.

Artículo 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD

Artículo 1.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

Artículo 3.

2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

Artículo 6.

Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

Artículo 7.

Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

Artículo 18.

Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
3. La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.
4. La prestación de los productos terapéuticos precisos.
5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.
7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.
8. La promoción y mejora de la salud mental.
11. El control sanitario de los productos farmacéuticos, otros productos y elementos de utilización terapéutica, diagnóstica y auxiliar y de aquellos otros que, afectando al organismo humano, puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.

Artículo 44.

1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud.
2. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley.

Artículo 45.

El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Artículo 46.

Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- a) La extensión de sus servicios a toda la población.
- b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Artículo 49.

Las Comunidades Autónomas deberán organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios básicos de la presente Ley.

Artículo 50.

1. En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionando, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

REAL DECRETO 63/1995, SOBRE ORDENACIÓN DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Preámbulo

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece la regulación de las acciones conducentes a la efectividad del derecho de la protección de la salud reconocido en los artículos 43 y concordantes de la Constitución...

La importancia decisiva que reviste la dimensión colectiva del derecho a la protección de la salud se completa con el núcleo irrenunciable de la dimensión personal, es decir, por la relación de toda persona con su propio bienestar físico y mental, que debe ser respetado y promovido por los poderes públicos más allá del establecimiento de unas normas o pautas de salubridad en el entorno en que la vida se desarrolla.

Art. 2.

1. Constituyen prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, las relacionadas en el anexo I de este Real Decreto.

2. Dichas prestaciones serán realizadas, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los servicios de salud, por los profesionales y servicios sanitarios de atención primaria y por los de las especialidades a que se refieren los apartados 1 y 2 del anexo del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, de especialidades médicas; el Real Decreto 992, 1987, de 3 de julio, sobre especialidades de enfermería; grupo primero del artículo 3 del Real Decreto 2708/1982, de 15 de octubre, sobre especializaciones de la profesión farmacéutica, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y por los demás profesionales, especialistas y servicios sanitarios legalmente reconocidos.

REAL DECRETO 127/1984, DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

ANEXO

Apartado 1.º Especialidades que requieren básicamente formación hospitalaria: Alergología, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Anestesiología y Reanimación, Angiología y Cirugía Vasculat, Aparato Digestivo, Bioquímica Clínica, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Torácica, Cirugía Plástica y Reparadora, Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Endocrinología y Nutrición, Farmacología Clínica, Geriatria, Hematología y Hemoterapia, Inmunología, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Microbiología y Parasitología, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurofisiología Clínica, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Pediatría y sus áreas específicas, Psiquiatría, Radiodiagnóstico, Rehabilitación, Reumatología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Urología.

Apartado 2.º Especialidades que no requieren básicamente formación hospitalaria: Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública.

Apartado 3.º Especialidades que no requieren formación hospitalaria: Estomatología, Hidrología, Medicina Espacial, Medicina de la Educación Física y el Deporte, Medicina Legal y Forense, Medicina del Trabajo.

C) Situar nuestro ámbito de trabajo en el SNS: Atención Primaria.

LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD
Artículo 56.

1. Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta Ley se establecen, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral.

2. Las Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

En todo caso, las Áreas de Salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

- a) En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad: desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.
- b) En el nivel de atención especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

4. Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socio-económicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalen.

5. Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, atendidos los factores expresados en el apartado anterior, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área.

Artículo 15.

Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios.

Artículo 20.

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios

sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

DECLARACIÓN DE ALMA ATA (Conferencia de OMS y UNICEF sobre Atención Primaria de Salud, 1978).

VI. La atención primaria de salud es la atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria de salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

D) Las funciones del médico, ubicado ya su ámbito de actuación dentro del SNS, son recogidas de una forma genérica en el Estatuto de Personal Médico vigente en la actualidad (ya que aún no se ha redactado el que la Ley General de Sanidad anunciaba) y en otras disposiciones normativas. Incluye funciones asistenciales, así como funciones (deberes) relativas a los derechos del paciente, funciones de docencia e investigación, y participación en tareas relativas a la gestión de calidad de los centros sanitarios.

- Funciones asistenciales (y las administrativas vinculadas a ello):

DECRETO 3160/1966, DE 23 DE DICIEMBRE, DEL MINISTERIO DE TRABAJO, POR EL QUE SE APRUEBA EL "ESTATUTO JURÍDICO DEL PERSONAL MÉDICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL"**CAPITULO I. Del personal comprendido****Art. 1. Ámbito de aplicación.**

El ámbito de aplicación del presente Estatuto abarcará al personal médico de la Seguridad Social que, en posesión del correspondiente nombramiento legal para sus puestos o plazas, presten sus servicios en la seguridad Social.

Art. 3. Dependencia.

Los médicos que prestan sus servicios a la Seguridad Social estarán sometidos al cumplimiento de las normas establecidas en el presente Estatuto jurídico, a las disposiciones generales de ordenación de la asistencia sanitaria y a las que dicte el Ministerio de Trabajo, oída, en lo que a este texto se refiere, la Comisión Especial de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social.

CAPITULO II. De los nombramientos, ceses y situaciones**Art. 4. Clases de nombramiento.**

Para ocupar plaza en la Seguridad Social, el personal médico ha de ostentar la nacionalidad española y estar en posesión del correspondiente nombramiento o autorización y en el pleno derecho de su capacidad de ejercicio profesional.

Por el carácter de su nombramiento, el Personal Médico de la Seguridad Social tendrá la consideración de titular en propiedad, interino, eventual o contratado.

CAPITULO III. De los deberes**SECCIÓN 1.ª FUNCIONES****Art. 20. Función del Médico general.**

Corresponden al Médico general:

1. La asistencia médica ambulatoria y domiciliaria de las personas de más de siete años de edad, protegidas por la Seguridad Social y que le hayan sido adscritas por el Instituto Nacional de Previsión.
2. La permanencia en el lugar fijado para la consulta, durante el horario establecido al efecto.
3. La recepción y cumplimentación de los avisos para la asistencia a domicilio, de conformidad con las normas de ordenación de la asistencia.
4. La asistencia de los avisos de urgencia que se reciban los días laborales, asimismo de conformidad con las normas de ordenación de la asistencia. En aquellas localidades en que no se haya establecido el Servicio de Urgencia, asumirán las funciones de éste.
5. La toma de muestras, a domicilio, para análisis clínicos, cuando no exista Analista en la localidad o por su técnica la toma no pueda ser realizada por un Ayudante Técnico Sanitario.

Art. 21. Función del Pediatra-Puericultor.

Corresponde al Pediatra-Puericultor:

1. La asistencia médica, ambulatoria y domiciliaria, de las personas de hasta siete años de edad, protegidas por la Seguridad Social, que le hayan sido adscritas por el Instituto Nacional de Previsión. (El límite de edad ha variado: ver en el siguiente capítulo, RD 1575/1993, de libre elección de médico; también algunas sentencias judiciales –14/6/95 del TSJ de Madrid entre otras-)
2. La cumplimentación de los restantes extremos a que se refiere el artículo anterior.

Art. 23. Función de los Especialistas.

Corresponde a los médicos Especialistas:

1. La asistencia completa dentro de su especialidad de las personas protegidas por la Seguridad Social que le hayan sido adscritas por el Instituto Nacional de Previsión, de acuerdo con las normas reglamentarias.
2. La asistencia especializada incluye la práctica de las técnicas exploratorias y quirúrgicas, en su caso, habituales de la especialidad, y abarcará tanto la asistencia ambulatoria como la domiciliaria y la de en régimen de internamiento.

3. La asistencia de los términos a que se refiere el apartado anterior, se prestará a requerimiento del Médico general, Pediatra-Puericultor o de otro Especialista. La visita a domicilio del Especialista se celebrará en consulta con el facultativo que la haya solicitado.

4. Se exceptúa de la norma anterior la asistencia de los especialistas de Pediatría-Puericultura, Tología y Odontología, quienes prestarán la asistencia a requerimiento directo del titular o de sus beneficiarios. A los especialistas de Oftalmología podrán acudir directamente las personas protegidas por la Seguridad Social que presenten una afección que requiera asistencia urgente de dicha especialidad, así como para exámenes de graduación de la vista.

Art. 26. Inspección de Servicios Sanitarios.

La Inspección de Servicios Sanitarios podrá solicitar de los Médicos generales y Especialistas de la Seguridad Social los informes, exploraciones y juicios clínico-terapéuticos precisos para el mejor cumplimiento de su función, mediante consulta con el Médico que le trata.

SECCIÓN 2.ª OTROS DEBERES

Art. 27. Obligaciones generales.

1. Prestar personalmente sus servicios profesionales a las personas protegidas que tengan a su cargo, cuando para ello fueran requeridos por los propios interesados, por otros facultativos de la Seguridad Social o por la Inspección de Servicios Sanitarios, así como la personal dedicación a la función asistencial que les corresponda.
2. Cumplimentación y curso de los documentos oficiales que se deriven de la asistencia sanitaria prestada.
3. Los facultativos que presten sus servicios en las Instituciones Sanitarias jerarquizadas los desempeñarán con la atención que corresponda al nivel asistencial del puesto del que sean titulares. A tal

efecto deberán atenerse a las normas y directrices sanitarias, técnicas y administrativas por las que, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Institución, hayan de regirse los equipos respectivos de los Servicios correspondientes.

4. La observación del horario y permanencia establecidos para las consultas y servicios que tengan asignados.

La dedicación del personal facultativo de los servicios jerarquizados de las Instituciones Sanitarias Cerradas de la Seguridad Social será de treinta y seis horas semanales.

En los Centros Especiales, Ciudades Sanitarias, Instituciones y aquellos Servicios que por desarrollar funciones de docencia o investigación se requiera una mayor dedicación de su personal médico, se elevará el número de horas a cuarenta y dos semanales.

En los Centros de Diagnóstico y Tratamiento el horario de trabajo del personal facultativo será de seis horas diarias en jornada continuada a lo largo del día.

En todos los casos es obligada la presencia de los titulares de las plazas durante los referidos horarios en los Centros o Instituciones en que las desempeñen.

5. La contribución en el aspecto asistencial a la elevación de la consideración humana y social en las relaciones con los beneficiarios de la Seguridad Social.

Art. 28. Obligación de residencia.

1. El personal médico residirá forzosamente en la localidad a que corresponda la plaza que desempeñe. En el caso de que la plaza esté incluida en zona médica que constituya un núcleo de población alejado del centro urbano, la residencia será exigida dentro de la zona, circunstancia que se hará constar al anunciarse la vacante respectiva.

2. Los especialistas que actúen en sector o subsector tendrán que residir en las localidades que se designen como cabecera de los mismos, siempre que así se especifique en la convocatoria.

Art. 31. Retribuciones por urgencia, acumulaciones, guardia y servicios de localización.

4. Se entiende por guardia y por servicio de localización el horario complementario que exceda de la jornada normal de trabajo de los facultativos de los Servicios jerarquizados, estimada esta jornada en su cómputo semanal, actualmente establecida en cuarenta y dos horas para las Instituciones con docencia y en treinta y seis para aquellas que no la tuvieren. La prestación de guardias y servicios de localización vendrá obligada por las necesidades que derivan del funcionamiento continuado de las Instituciones Sanitarias.

Las guardias propiamente dichas requieren la presencia física del facultativo en los Servicios jerarquizados, mientras que en los llamados servicios de localización que se organizarán cuando las necesidades asistenciales no exijan dicha presencia, el facultativo se hallará en situación de disponibilidad que haga posible su localización y presencia inmediata cuando sea requerido por la Institución Sanitaria.

Art. 36. Retribución por accidente de trabajo.

1. El personal médico encargado de la asistencia de los accidentados del trabajo y de enfermedades profesionales, podrá ser remunerado...
3. El personal médico de la Seguridad Social que en casos de urgencia sea requerido para prestar asistencia a un accidentado, ajustará sus honorarios a la tarifa establecida al objeto a que se refiere el punto 1.2 del párrafo primero del presente Art..

REAL DECRETO 137/1984, SOBRE ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD.

Artículo 5. Funciones de los Equipos de Atención Primaria.

1.
 - a) Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial.
 - b) Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.
 - c) Contribuir a la educación sanitaria de la población.
 - d) Realizar el diagnóstico de salud de la Zona.
 - e) Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
 - f) Realizar actividades de formación pregraduada y postgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
 - g) Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental
 - h) Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida.
2. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la Zona.
3. El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

REAL DECRETO 63/1995, SOBRE ORDENACIÓN DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANEXO I. Prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad

1. Modalidades de las prestaciones sanitarias.

1º Las prestaciones sanitarias comprenden las siguientes modalidades:

- a) Atención primaria.
- b) Atención especializada.
- c) Prestaciones farmacéuticas.
- d) Prestaciones complementarias.
- e) Servicios de información y documentación sanitaria.

2º Las prestaciones personales de carácter preventivo se consideran integradas en las anteriores, en la forma que se especifica en cada caso.

3º Las citadas prestaciones comprenderán también las medidas preventivas y la asistencia sanitaria que las autoridades sanitarias

consideren necesarias en los supuestos de enfermedades o riesgos transmisibles o peligro para la salud de la población, a que se refieren los artículos 1 y 2 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.

2. Atención primaria.

Con carácter general, la atención primaria comprenderá:

- a) La asistencia sanitaria en las consultas, servicios y centros de salud.
- b) La asistencia sanitaria en el domicilio del enfermo.
- c) La indicación o prescripción, y la realización en su caso, por el médico de atención primaria, de las pruebas y medios diagnósticos básicos.
- d) Las actividades, programadas por los servicios de salud, en materia de educación sanitaria, vacunaciones, exámenes de salud y otras actividades o medidas programadas para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud o la rehabilitación.
- e) La administración de tratamientos parenterales y curas y cirugía menor.
- f) Las demás atenciones, prestaciones y servicios que se señalan o concretan a continuación.

1º Atención a la mujer...

2º Atención a la infancia.

Además de lo ya indicado con carácter general, la atención primaria a los menores, hasta los catorce años de edad cumplidos, comprenderá:

- a) La información y educación sanitarias a los interesados y a sus padres, tutores, maestros, profesores o cuidadores.
- b) Las vacunaciones según el calendario oficial del servicio de salud.
- c) Las revisiones del niño sano, según los programas establecidos por los servicios de salud.

3º Atención al adulto y al anciano...

4º Atención de urgencia.

La atención primaria de urgencia, a las personas de cualquier edad, se prestará de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente, en los casos en que la situación de éste así lo requiera.

5º Atención a la salud buco-dental.

La atención primaria a la salud buco-dental comprenderá:

- a) La información y educación en materia de higiene y salud buco-dental.
 - b) Las medidas preventivas y asistenciales: aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras, para población infantil, de acuerdo con la financiación y los programas especiales para la salud buco-dental de cada año.
 - c) Tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias.
 - d) La exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas.
- 6º Otros servicios, atenciones y prestaciones de atención primaria.
- a) La aplicación y reposición de sondajes vesicales y nasogástricos.

b) La remisión o derivación de los pacientes a la asistencia especializada, por indicación del médico de atención primaria, conforme se indica en el apartado 3.2.a).

c) Los tratamientos de rehabilitación básicos, previa indicación médica, conforme a los programas establecidos por los servicios de salud.

d) La indicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos.

3. Atención especializada.

1º Modalidades de la asistencia especializada. La atención y asistencia sanitaria especializada, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, comprenderá...

4. Prestaciones complementarias.

Las prestaciones complementarias son aquéllas que suponen un elemento adicional y necesario para la consecución de una asistencia sanitaria completa y adecuada.

Se consideran prestaciones complementarias la ortoprotésica, el transporte sanitario, la dietoterapia y la oxigenoterapia a domicilio.

1º Prestación ortoprotésica.

La prestación ortoprotésica incluye las prestaciones siguientes:

a) Las prótesis quirúrgicas fijas y su oportuna renovación.

b) Las prótesis ortopédicas permanentes o temporales (prótesis externas) y su oportuna renovación.

c) Los vehículos para inválidos, cuya invalidez así lo aconseje.

La prescripción de estas prestaciones se llevará a cabo por los médicos de atención especializada, ajustándose en todo caso a lo establecido en el catálogo debidamente autorizado. La ortesis, prótesis dentarias y las especiales se prestarán o darán lugar a una ayuda económica, en los casos y según los baremos que se establezcan en el catálogo correspondiente.

2º Transporte sanitario.

La prestación de transporte sanitario comprende el transporte especial de enfermos o accidentados cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Una situación de urgencia que implique riesgo o daño irreparable para la salud del interesado y lo ordene o determine el facultativo correspondiente.

b) Imposibilidad física del interesado u otras causas médicas que, a juicio del facultativo, le impidan o incapaciten para la utilización de transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente. La evaluación de la necesidad de la prestación de transporte sanitario corresponderá al facultativo que presta la asistencia y su indicación obedecerá únicamente a causas médicas que hagan imposible el desplazamiento en medios ordinarios de transporte.

3º Tratamientos dietoterápicos complejos.

Esta prestación complementaria comprende los tratamientos dietoterápicos indicados por el médico especialista correspondiente para quienes padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos de hidratos de carbono (intolerancia hereditaria a la galactosa y/o galactina y situaciones transitorias de intolerancia a la lactosa en el lactante) o aminoácidos.

4º Oxigenoterapia a domicilio.

Esta prestación complementaria se realizará por centros o servicios especializados, con capacidad para realizar gasometrías o espirometrías, autorizados por los servicios de salud.

5. Servicios de información y documentación sanitaria.

Constituyen servicios en materia de información y documentación sanitaria y asistencial:

1º La información al paciente y a sus familiares allegados, de sus derechos y deberes, en particular, para la adecuada prestación del consentimiento informado y la utilización del sistema sanitario, así como, en su caso, de los demás servicios asistenciales, en beneficio de su salud, asistencia, atención y bienestar.

2.º La información y, en su caso, tramitación de los procedimientos administrativos necesarios para garantizar la continuidad del proceso asistencial.

3º La expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos para valoración de la incapacidad u otros efectos.

4º El informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa de atención especializada.

5º La documentación o certificación médica de nacimiento, defunción y demás extremos para el Registro Civil.

6º La comunicación o entrega, a petición del interesado, de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.

7º La expedición de los demás informes o certificados sobre el estado de salud que deriven de las demás prestaciones sanitarias de este anexo o sean exigidas por disposición legal o reglamentaria.

ANEXO II. Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago

Conforme a lo previsto en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, en el artículo 3 de este Real Decreto y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluidos los transportes sanitarios, atenciones de urgencia, asistencia sanitaria hospitalaria o extrahospitalaria y rehabilitación, en los siguientes supuestos:

1. Asistencia sanitaria prestada a los asegurados o beneficiarios del Sistema de Seguridad Social, pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria de la Seguridad Social.

2. Asistencia prestada a los asegurados o beneficiarios, en los supuestos de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del Sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.

3. Asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo.

4. Seguros obligatorios.

a) Seguro escolar.

b) Seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales.

c) Seguro obligatorio de vehículos de motor.

d) Seguro obligatorio de viajeros.

e) Seguro obligatorio de caza.

5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades. Se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.

6. Otros obligados al pago.

Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, otros seguros públicos o privados o responsabilidad de terceros por las lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes y no con cargo a los fondos comunes de la Seguridad Social o de los Presupuestos Generales del Estado adscritos a la sanidad.

ANEXO III. Prestaciones que no son financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria

1. La expedición de informes o certificados sobre el estado de salud distintos de los previstos en el anexo I.
2. Los reconocimientos y exámenes o las pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros.
3. La cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita.
4. Los tratamientos en balnearios y las curas de reposo.
5. La cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos.
6. El psicoanálisis y la hipnosis.

PROGRAMA DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

III. PERFIL PROFESIONAL Y CAMPO DE ACCION

El especialista en Medicina de Familia y Comunitaria es el licenciado en Medicina con formación específica de postgrado en esta especialidad. Es el especialista médico que realiza Atención Primaria de alta calidad prestando cuidados integrales de salud desde una perspectiva biopsicosocial al individuo, familia y comunidad.

El médico de familia es el interlocutor válido del sistema sanitario ante el individuo y la comunidad, capaz de traducir las necesidades de salud al lenguaje cotidiano facilitando la autorresponsabilidad en su cuidado y mantenimiento.

Las responsabilidades del médico de familia, se pueden desglosar en:

1. ATENCION CLINICA EFECTIVA Y EFICIENTE

1.1 Deberá ser capaz de ofrecer una atención clínica eficiente, basada en el conocimiento del método clínico, y de dar respuesta terapéutica a los problemas planteados.

1.2 Enfocará al individuo como un ser biopsicosocial, conociendo sus interrelaciones con su entorno familiar, laboral y comunitario.

1.3 Reconocerá los límites de su competencia y responsabilidad, identificando las situaciones clínicas que requieren ser derivadas a otros niveles de atención médica.

2. ATENCION INTEGRADA SOBRE TODO EL PROCESO DE ENFERMAR

2.1 Las actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación se llevarán a cabo de forma integrada, basándose en el conocimiento de los factores que condicionan el enfermar de las personas y la comunidad, y el dominio de las técnicas necesarias para modificarlos, a lo largo de todo el proceso de enfermar, haciendo hincapié en sus fases iniciales, que evitan el comienzo de la enfermedad, y tienden a conservar y mejorar la salud.

2.2 Debe colocarse como actividad prioritaria el enfrentarse a los problemas prevalentes en la comunidad, y a la atención especial de los grupos de riesgo. Para ello, deberá ser capaz de detectar los problemas de salud y los grupos de

riesgo en el lugar en que trabaje, y programar de acuerdo con ello, la utilización eficiente de los recursos de que disponga.

3. ORIENTACION HACIA LA SALUD DE LA FAMILIA

3.1 Se responsabilizará del proceso de salud-enfermedad de la familia, de manera que la solución de los problemas se aplique a la familia como un todo, ya que cualquier proceso que afecte a un miembro individual repercutirá en todo el sistema familiar.

3.2 Conocerá que las disfunciones familiares son capaces de crear patologías psicosociales en sus miembros y que la familia se constituye en uno de los recursos más importantes para cada uno de sus componentes.

4. ORIENTACION HACIA LA SALUD DE LA COMUNIDAD

4.1 Se sentirá responsable del proceso salud-enfermedad de su comunidad, a lo largo de toda la historia material de este, y tanto en los individuos como en la colectividad. Por lo tanto, se ocupará, además de atender a las demandas que se le formulen, de identificar y actuar sobre los factores de riesgo que existen en su comunidad, lo que supone un cambio, desde una actitud de espera, a una búsqueda activa y continua.

4.2 La accesibilidad adecuada de toda la población al sistema de salud, premisa indispensable para la cobertura universal que se propone, reclama del profesional el conocimiento de su comunidad y de los problemas de todo tipo: legal, cultural, geográfico, económico, etc., que la obstaculicen, así como de las acciones encaminadas a superarlas.

4.3 La necesidad de participación de la comunidad, que debe actuar como sujeto activo de su atención de salud, implica que los profesionales sanitarios adopten una posición positiva hacia éste, rompiendo con la tradicional situación que coloca los conocimientos científicos como saber sólo para iniciados, y enfrenta con hostilidad los intentos de socialización de los mismos.

5. TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

5.1 Trabaja coordinadamente con el resto de los profesionales que integren el equipo de salud, de cara a la consecución de objetivos comunes previamente marcados.

6. DESARROLLO DE ACTIVIDADES DOCENTES

6.1 Participará en las actividades docentes del equipo de salud, para la formación continuada de todos sus componentes y la actualización de sus conocimientos y capacidades.

6.2 Impartirá docencia a otros profesionales, médicos o no, tanto en pre como post-gradado, y en programas de reciclaje.

6.3 Desarrollará actividades docentes dirigidas a su comunidad.

7. FUNCIONES DE INVESTIGACION

7.1 Colaborará con todo el equipo de salud en los programas de investigación que se determinen.

7.2 Diseñará y ejecutará programas de investigación clínica, epidemiológica y social, orientados prioritariamente a la búsqueda de soluciones para los problemas de salud de su comunidad.

8. UTILIZACION DEL METODO CIENTÍFICO

8.1 Sustentará su trabajo en el método científico, que implica una continua actitud de autoevaluación, tanto en los aspectos clínicos y epidemiológicos, como en los docentes y de investigación, que deben estar integrados en su trabajo cotidiano.

8.2 Planificará sus actividades y las del equipo de salud, mediante el diseño, ejecución y evaluación de los programas necesarios para su comunidad, utilizando la metodología de la Administración Sanitaria.

- Funciones en relación con los derechos del paciente a ser respetado e informado y a la confidencialidad.

LEY 16/1985, GENERAL DE SANIDAD.

Artículo 10.

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.

2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.

5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

6. 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, excepto en los siguientes casos:

a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.

c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6; debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.
10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una Institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.
12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud.
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

LEY BÁSICA 41/2002, REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (publicada en BOE 15 de noviembre de 2002, entrará en vigor a los seis meses).

Preámbulo

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más

estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.

Últimamente, cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero del 2000. Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

De otra parte, esta Ley a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales,

subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

En septiembre de 1997, en desarrollo de un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, tuvo lugar un seminario conjunto sobre información y documentación clínica, en el que se debatieron los principales aspectos normativos y judiciales en la materia. Al mismo tiempo, se constituyó un grupo de expertos a quienes se encargó la elaboración de unas directrices para el desarrollo futuro de este tema. Este grupo suscribió un dictamen el 26 de noviembre de 1997, que ha sido tenido en cuenta en la elaboración de los principios fundamentales de esta Ley.

La atención que a estas materias otorgó en su día la Ley General de Sanidad supuso un notable avance como reflejan, entre otros, sus artículos 9, 10 y 61. Sin embargo, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, ha sido objeto en los últimos años de diversas matizaciones y ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que ponen de manifiesto la necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad. Así, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión. Esta defensa de la confidencialidad había sido ya defendida por la Directiva comunitaria 95/46 de 24 de octubre, en la que además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, se apunta la presencia de otros intereses generales como los estudios epidemiológicos, las situaciones de riesgo grave para la salud de la colectividad, la investigación y los ensayos clínicos que, cuando estén incluidos normas de rango de Ley, pueden justificar una excepción motivada a los derechos del paciente. Se manifiesta así una concepción comunitaria del derecho a la salud, en la que junto al interés singular de cada individuo, como destinatario por excelencia de la información relativa a la salud, aparecen también otros agentes y bienes jurídicos referidos a la salud pública, que deben ser considerados, con la relevancia necesaria, en una sociedad democrática avanzada. En esta línea, el Consejo de Europa, en su Recomendación de 13 de febrero de 1997, relativa a la protección de los datos médicos, después de afirmar que deben recogerse y procesarse con el consentimiento del afectado, indica que la información puede restringirse si así lo dispone una Ley y constituye una medida necesaria por razones de interés general.

Todas estas circunstancias aconsejan una adaptación de la Ley General de Sanidad con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias. Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 1. Ámbito de aplicación.

La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Artículo 2. Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado 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.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 3. Las definiciones legales.

A efectos de esta Ley se entiende por:

- Centro sanitario: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- Certificado médico: la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
- Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.
- Historia clínica: 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.

- Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.
- Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.
- Intervención en el ámbito de la sanidad: toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.
- Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.
- Médico responsable: el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.
- Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.
- Servicio sanitario: la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.
- Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

CAPÍTULO II

El derecho de información sanitaria

Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica.

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

CAPÍTULO III

Derecho a la intimidad

Artículo 7. El derecho a la intimidad.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.
2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán cuando proceda las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

CAPÍTULO IV

El respeto de la autonomía del paciente

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. 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.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando cuando las circunstancias lo permitan a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la "lex artis", ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el registro

nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 12. Información en el Sistema Nacional de Salud.

1. Además de los derechos reconocidos en los artículos anteriores, los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

2. Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.

3. Cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones de este artículo.

Artículo 13. Derecho a la información para la elección de médico y de centro.

Los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes.

CAPÍTULO V

La historia clínica

Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica.

1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro.

2. 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.

3. Las Administraciones Sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

4. 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.

Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus

procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

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

Los apartados b, c, i, j, k, l, ñ y o sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

3. La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

4. La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

Artículo 16. Usos de la historia clínica.

1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 14/1986 General de Sanidad y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. 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 y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

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.

3. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

4. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, 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.

5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

6. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

CAPÍTULO VI

Informe de alta y otra documentación clínica

Artículo 20. Informe de alta.

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

Artículo 21. El alta del paciente.

1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro

sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

Artículo 22. Emisión de certificados médicos.

Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

Artículo 23. Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber 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.

Disposición adicional primera. Carácter de legislación básica.

Esta Ley tiene la condición de básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución.

El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta Ley.

Disposición adicional segunda. Aplicación supletoria.

Las normas de esta Ley relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida y en los que carezcan de regulación especial.

Disposición adicional tercera. Coordinación de las historias clínicas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición.

Disposición adicional cuarta. Necesidades asociadas a la discapacidad.

El Estado y las Comunidades Autónomas, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, dictarán las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados en esta Ley.

Disposición adicional quinta. Información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios.

La información, la documentación y la publicidad relativas a los medicamentos y productos sanitarios, así como el régimen de las recetas y de las órdenes de prescripción correspondientes, se regularán por su normativa específica, sin perjuicio de la aplicación de las reglas establecidas en esta Ley en cuanto a la prescripción y uso de medicamentos o productos sanitarios durante los procesos asistenciales.

Disposición adicional sexta. Régimen sancionador.

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el Capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986 General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria procedentes en derecho.

Disposición transitoria única. Informe de alta.

El informe de alta se registrará por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad de 6 de septiembre de 1984 mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta Ley.

Disposición derogatoria única. Derogación general y de preceptos concretos.

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley y, concretamente, los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del artículo 10, el apartado 4 del artículo 11 y el artículo 61 de la Ley 14/1986 General de Sanidad.

Disposición final única. Entrada en vigor.

La presente Ley entrará en vigor en el plazo de seis meses a partir del día siguiente al de su publicación en el "Boletín Oficial del Estado".

CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA (ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, 1999)

CAPITULO III- RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES

Artículo 7.

1. La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente. Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria

Artículo 8.

1. En el ejercicio de su profesión el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.
2. El médico actuará siempre con corrección y respetará con delicadeza la intimidad de su paciente.

Artículo 9.

1. Cuando el médico acepta atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello con la debida antelación al paciente o a sus familiares y facilitará que otro médico, al cual transmitirá toda la información necesaria, se haga cargo del paciente.

2. El médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa.

3. Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar.

4. El médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes competentes. Tratará y protegerá la vida de todos aquellos que sean incapaces, pudiendo solicitar la intervención judicial, cuando se necesario.

Artículo 10.

1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.

2. Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.

3. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.

4. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.

5. Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional

6. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

Artículo 11.

1. Es derecho del paciente obtener un certificado médico o informe realizado por el médico que le ha atendido, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia prestada. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente o a la persona por él autorizada

2. El médico certificará sólo a petición del paciente, de su representante legalmente autorizado o por imperativo legal. Especificará qué datos y observaciones ha hecho por sí mismo y cuáles ha conocido por referencia Si del contenido del dictamen pudiera derivarse algún perjuicio para el paciente, el médico deberá advertírselo.

Artículo 13.

1. Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.

2. El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar, las historias clínicas y los elementos materiales de diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por transcurso del tiempo podrá destruir el material citado que no se considere relevante, sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial. En caso de duda deberá consultar a la Comisión de Deontología del Colegio.

3. Cuando un médico cesa en su trabajo privado su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar tal sucesión, el archivo deberá ser destruido, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.

4. Las historias clínicas se redactan y conservan para la asistencia del paciente u otra finalidad que cumpla las reglas del secreto médico y cuente con la autorización del médico y del paciente.

5. El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación con fines docentes de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación y uso son conformes a la deontología, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.

6. El médico está obligado, a solicitud y en beneficio del paciente, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico, así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.

CAPITULO IV.- SECRETO PROFESIONAL DEL MEDICO**Artículo 14.**

1. El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros.

2. El secreto profesional obliga a todos los médicos cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio.

3. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que de él haya conocido en el ejercicio de la profesión.
4. La muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto.

Artículo 15.

1. El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.
2. En el ejercicio de la Medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Los directivos de la institución tienen el deber de facilitar los medios necesarios para que esto sea posible.

Artículo 16.

1. Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estimara necesario, solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos:
 - a. Por imperativo legal.
 - b. En las enfermedades de declaración obligatoria
 - c. En las certificaciones de nacimiento y defunción.
 - d. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.
 - e. Cuando se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste permite tal situación
 - f. Cuando comparezca como denunciado ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria
 - g. Cuando el paciente lo autorice. Sin embargo, esta autorización no debe perjudicar la discreción del médico, que procurara siempre mantener la confianza social hacia su confidencialidad.

Artículo 17.

1. Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.
2. Los sistemas de informatización utilizados en las instituciones sanitarias mantendrán una estricta separación entre la documentación clínica y la documentación administrativa.
3. Los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico.
4. Los bancos de datos médicos no pueden ser conectados a una red informática no médica.
5. El médico podrá cooperar en estudios de auditoria (epidemiológica, económica, de gestión ...), con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente en particular.

- Participación en el ámbito de la gestión y administración del servicio sanitario.

LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD

Artículo 69.

1. En los Servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos.
2. La evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud. La Administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de calidad asistencial oídas las Sociedades científicas sanitarias. Los Médicos y demás profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo.
3. Todos los Hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial.

CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA (ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, 1999)

CAPITULO XIII.- EL TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Artículo 37.

1. El médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja. Secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Y si no fueran corregidas las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios.

- Funciones en relación con la docencia pre y postgrado, formación continuada e investigación.

LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD

Artículo 104.

1. Toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales.
2. Para conseguir una mayor adecuación en la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario se establecerá la colaboración permanente entre el Departamento de Sanidad y los Departamentos que correspondan, en particular el de

Educación y Ciencia; con objeto de velar por que toda la información que reciban los profesionales de la salud pueda estar integrada en las estructuras de servicios del sistema sanitario.

3. Las Administraciones Públicas competentes en educación y sanidad establecerán el régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias en las que se debe impartir enseñanza universitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la Medicina y Enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieran.

4. Las Universidades deberán contar, al menos, con un Hospital y tres Centros de Atención Primaria universitarios o con función universitaria para el ejercicio de la docencia y la investigación, concertados según se establezca por desarrollo del apartado anterior.

REAL DECRETO 1417/1990, DE 26 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE ESTABLECE EL TITULO UNIVERSITARIO OFICIAL DE LICENCIADO EN MEDICINA Y LAS DIRECTRICES GENERALES PROPIAS DE LOS PLANES DE ESTUDIOS CONDUCENTES A LA OBTENCION DE AQUEL.

ANEXO

DIRECTRICES GENERALES PROPIAS DE LOS PLANES DE ESTUDIOS CONDUCENTES A LA OBTENCION DEL TITULO OFICIAL DE LICENCIADO EN MEDICINA

Primera. 1. La formación conducente a la obtención del título oficial de licenciado en medicina, definida como el conjunto de los conocimientos teóricos y aptitudes clínicas que deben poseer todos los médicos, con independencia de su orientación profesional posterior, debe procurar que los estudiantes aprendan no solo los fundamentos teóricos y conceptuales de la ciencia médica, sino que adquieran también experiencia, y capacitación clínica suficientes.

2. De acuerdo con lo dispuesto en el real decreto 1691/1989, de 29 de diciembre, de aplicación en España de la directiva 75/363/CEE, de la Comunidad Económica Europea, las enseñanzas conducentes a la obtención del título oficial de licenciado en medicina deben proporcionar:

A) un conocimiento adecuado de las ciencias sobre las que se funda la medicina, así como una buena comprensión de los métodos científicos, incluidos los principios de la medida de las funciones biológicas, de la evaluación de los hechos científicamente probados y del análisis de los datos.

D) una experiencia clínica adecuada adquirida en hospitales bajo la vigilancia pertinente.

REAL DECRETO 1558/1986, DE 28 DE JUNIO, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES GENERALES DEL REGIMEN DE CONCIERTOS ENTRE LAS UNIVERSIDADES Y LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

PREÁMBULO

...Por ello, la disposición adicional sexta de la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, determino que por el Gobierno, a propuesta

de los ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, y previo informe del Consejo de Universidades, se establecieran las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las instituciones sanitarias en las que se deba impartir enseñanza universitaria y Enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieran. Asimismo, la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ha dispuesto que las administraciones públicas competentes en Educación y Sanidad establecerán el régimen de conciertos entre las Universidades y las instituciones sanitarias en las que se debe impartir enseñanza universitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la Medicina y Enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieran, añadiendo que las bases generales del régimen de concierto preverán lo preceptuado en el artículo 149.1.30 de la Constitución.

Este planteamiento parte del supuesto de que toda la estructura asistencial del sistema sanitario, tanto en sus recursos materiales como humanos, debe poder utilizarse para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales sanitarios, del mismo modo que el sistema universitario debe servir para su reciclaje.

Artículo 1.

Uno. Las Universidades, para el cumplimiento en el ámbito sanitario de las funciones que el artículo 1.2 de la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, les encomienda, deberán disponer de hospitales y otras instituciones sanitarias para el desarrollo de sus programas investigadores y docentes de primero, segundo y tercer ciclo.

A tales efectos, las Universidades y las Administraciones Públicas responsables de las instituciones sanitarias de titularidad pública deberán establecer los correspondientes conciertos para la utilización de estas últimas en la investigación y la docencia de la Medicina, la Enfermería, la Farmacia y las demás enseñanzas relacionadas con las Ciencias de la Salud, respetando las bases generales que se señalan en el presente real decreto y, en su caso, el régimen de conciertos que las administraciones públicas competentes en Educación y Sanidad puedan dictar, al amparo del artículo 104.3 de la Ley General de Sanidad, con sujeción, asimismo, a lo establecido en el presente real decreto.

Art. 4.

Las bases generales del régimen de conciertos son las siguientes:

Primera. Objetivo de los conciertos.

Los objetivos generales de los conciertos serán los siguientes:

1. Docentes:

A) promover la máxima utilización de los recursos sanitarios hospitalarios y extra-hospitalarios, humanos y materiales para la docencia universitaria de las diversas enseñanzas sanitarias a nivel pregraduado y posgraduado, favoreciendo la actualización de las mismas y su continua mejora de calidad.

La colaboración se establecerá para la formación clínica y sanitaria de los alumnos de cualquiera de los tres ciclos universitarios y estudios de posgraduados en aquellas titulaciones o materias relacionadas con las Ciencias de la Salud. En el caso de estudios de tercer ciclo, esta formación se extenderá a la metodología y a las técnicas de la investigación sanitaria.

B) cooperar en el mantenimiento de la cualificación de los profesionales de la salud a su mas alto nivel, cuidando su actualización y reciclaje y favoreciendo su incorporación a la docencia universitaria.

2. Asistenciales:

A) cooperar para que las investigaciones y enseñanzas universitarias en Medicina, Enfermería, Farmacia y demás profesiones sanitarias puedan ser utilizadas para la mejora constante de la atención sanitaria.

B) prever que coincidan la mayor calidad asistencial con la consideración de hospital universitario o asociado a la Universidad, dentro del oportuno sistema de sectorialización y regionalización de la asistencia sanitaria.

3. De investigación:

A) potenciar la investigación en las Ciencias de la Salud, coordinando las actividades de las Universidades con las de las instituciones sanitarias, para una mejor utilización de los recursos humanos y materiales.

B) favorecer el desarrollo de los departamentos universitarios en las áreas de la salud, potenciando su coordinación con las unidades de investigación de los hospitales y estimulando las vocaciones investigadoras.

Quinta.

Cuando el concierto se refiera a un hospital en su integridad o que abarque a la mayoría de sus servicios, se añadirá a su denominación el adjetivo <universitario>.

En otro caso, a su denominación se añadirá la de <hospital asociado a la Universidad que establece el concierto>. En cualquier caso, sera exigible la concertación, al menos, de un servicio con el departamento que corresponda.

Con análogos criterios, los centros de atención primaria concertados se denominaran <universitarios> o <asociado a la Universidad>, según corresponda.

Septima.

Uno. De conformidad con lo previsto en el artículo 105 de la ley General de Sanidad y con el fin de garantizar los objetivos docentes e investigadores de las Universidades en las áreas relacionadas con las Ciencias de la Salud, el concierto establecerá las plazas de facultativos especialistas de la institución sanitaria que quedan vinculadas con plazas docentes de la plantilla de los cuerpos de profesores de la Universidad.

Mientras tenga tal carácter, dicha plaza se considerara a todos los efectos como un solo puesto de trabajo y supondrá para quien la ocupe el cumplimiento de las funciones docentes y asistenciales en los términos que se establecen en el presente real decreto.

Asimismo, con idéntica finalidad y en virtud de lo dispuesto en el mencionado artículo de la ley General de Sanidad, el concierto establecerá el número de plazas de profesor asociado pertenecientes a la plantilla de la Universidad que obligatoriamente deberán cubrirse por personal de la institución sanitaria concertada. Este número no será tenido en cuenta a efectos del porcentaje a que se refiere el artículo 33.3 de la ley orgánica 11/1983, de Reforma Universitaria.

Dos. Cuando se defina la plantilla vinculada se establecerá la adecuada correspondencia entre la actividad docente y asistencial para hacer efectivas ambas funciones. En todo caso, el acceso a las jefaturas de departamento, servicio o sección u otra jefatura de las instituciones sanitarias, deberá realizarse conforme a las disposiciones por las que las administraciones sanitarias competentes regulen el acceso a las mismas.

Décimotercera

Dos. El personal asistencial contratado como profesor asociado, en aplicación de lo establecido en el presente real decreto, desarrollara el conjunto de sus actividades docentes y asistenciales en una misma jornada. La dedicación horaria de dicho personal será la siguiente:

A) hasta un máximo de tres horas semanales exclusivamente docentes, si tuviera encomendada esta actividad, durante el periodo lectivo.

B) hasta un máximo de tres horas semanales de tutoría o asistencia al alumnado, durante el periodo lectivo.

C) el resto de las horas de la jornada semanal legalmente establecida se dedicara a la actividad asistencial, en la que quedaran incluidas las horas de docencia practica; esta implicara la responsabilidad directa del profesor en el aprendizaje clínico de los alumnos que le sean asignados.

REAL DECRETO 3303/1978, DE 29 DE DICIEMBRE, DE REGULACION DE LA MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA COMO ESPECIALIDAD DE LA PROFESION MÉDICA.

Artículo cuarto.

1. El programa de formación será establecido por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, prevista en el Real Decreto 2015/1978, a la cual corresponderá asimismo el establecer las áreas sanitarias en donde se desarrollen los programas docentes de la especialidad, así como la acreditación y homologación en los centros y servicios de la capacidad para impartir los programas docentes.

Artículo sexto.

1. Durante el periodo de formación, los posgraduados seleccionados en la oportuna convocatoria tendrán administrativamente el carácter de residentes de las instituciones hospitalarias que hayan obtenido su inclusión en el programa de formación de médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria.

2. Recibirán su formación en cuantos servicios sanitarios de los ministerios de Educacion y Ciencia y de Sanidad y Seguridad Social, y de las corporaciones locales, sean necesarios de entre los que se encuentren ubicados en el distrito universitario en el que radique la residencia u hospital al que el posgraduado este adscrito.

3. Las areas formativas comprenderan servicios hospitalarios, unidades especiales y practicas supervisadas en zonas rurales y urbanas.

REAL DECRETO 127/1984, DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Artículo 2.

La obtención del título de Médico Especialista requiere:

- a) Estar en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.
- b) Haber realizado íntegramente la formación en la especialidad correspondiente con arreglo a los programas que se determinen, en los cuales quedarán claramente especificados y cuantificados los contenidos de los mismos.
- c) Haber superado las evaluaciones correspondientes previstas en el artículo ocho.

En los casos a que se refiere el artículo 18 y la disposición transitoria cuarta, el requisito c) anterior queda sustituido por las condiciones que en dichos preceptos se establecen específicamente.

Artículo 4.

1. a) En las especialidades relacionadas en los apartados 1 y 2 del anexo, la formación de Médico Especialista se realizará como Médico Residente en Centros y Unidades Docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas.

Son Médicos residentes aquellos que, para obtener su título de Médico Especialista, permanecen en los Centros y en las Unidades Docentes acreditadas un período, limitado en el tiempo, de práctica profesional programada y supervisada, a fin de alcanzar, de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de modo eficiente. Estos Médicos comenzarán su especialización como Residentes de primer año y completarán sucesivamente el programa de formación, siempre que hayan superado satisfactoriamente la evaluación continuada que corresponda.

b) Cuando la formación médica especializada implique la prestación de servicios profesionales en Centros hospitalarios o extrahospitalarios públicos, propios del Instituto Nacional de la Salud o concertados con este Instituto, y cualquiera que sea la naturaleza pública o privada de las Entidades a que pertenezcan, celebrarán con los interesados el correspondiente contrato de trabajo, de acuerdo con la legislación específicamente aplicable.

Artículo 5.

1. Quienes pretendan iniciar su especialización en las distintas Unidades Docentes acreditadas para la formación en las especialidades enumeradas en los apartados 1 y 2 del anexo, serán admitidos en ellas tras rendir una prueba de carácter estatal que seleccionará a los aspirantes.

2. a) La oferta de plazas de cada convocatoria la elaborará una Comisión Interministerial tras oír a los órganos competentes de las Comunidades Autónomas y las Comisiones Nacionales de cada Especialidad. Dicha Comisión estará integrada por dos representantes del Ministerio de Educación y Ciencia designados por el Director general de Enseñanza Universitaria y dos representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, uno designado por el Director general de Planificación Sanitaria y otro por el Director general del Instituto Nacional de Salud.

b) La oferta de plazas en las diferentes Unidades Docentes acreditadas se elaborará anualmente de acuerdo con la capacidad docente acreditada, las disponibilidades presupuestarias, las necesidades sociales de Médicos Especialistas y los compromisos adquiridos a través de Convenios y Tratados Internacionales suscritos por el Estado español.

Artículo 6.

1. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, oído el Consejo Nacional de Especialidades, establecerán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los Centros y Unidades Docentes, a efectos de formación de Médicos Especialistas.

Artículo 7.

1. Los programas de formación médica especializada deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de los períodos de formación que se establezca con carácter general.

2. Los programas, propuestos por las correspondientes Comisiones Nacionales de Especialidad y ratificadas por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, serán aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe de Sanidad y Consumo.

3. El programa de especialización se realizará en un mismo Centro Docente acreditado. Excepcionalmente, el Ministerio de Educación y Ciencia podrá autorizar el cambio de especialidad, previo informe favorable de la Comisión de Docencia y Comisiones Nacionales de Especialidad implicadas, respectivamente, y a petición fundada del interesado.

Artículo 12.

1. En cada Centro con unidades docentes acreditadas a las que se refiere el presente Real Decreto y para las especialidades enumeradas en los apartados 1 y 2 del anexo, existirá una Comisión de Docencia con la misión de organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que conforman el programa.

2. En la Comisión de Docencia, presidida por el Jefe de Estudios y formada por Facultativos que imparten los programas de las diferentes especialidades, estarán representados los Médicos Residentes.

4. La Comisión de Docencia tendrá establecido un Comité de Evaluación para cada una de las especialidades cuyos programas de formación se estén desarrollando en el Centro con la función de evaluar anualmente a cada uno de los Médicos en formación. En este Comité será obligatoria la presencia del representante de la Administración Pública al que hace referencia el número 3 del presente artículo.

Artículo 13. 1. Por cada una de las especialidades médicas que se determinen existirá una Comisión Nacional de la Especialidad...

Artículo 14. Corresponde a cada Comisión Nacional en el ámbito de la respectiva especialidad con los asesoramientos previos que estime oportunos:

- a) Proponer los programas correspondientes para la formación en cada especialidad y elevarlos para su aprobación a los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.
- b) Proponer, en atención a la naturaleza y peculiaridad de cada especialidad, la duración de su período de formación que, en todo caso, no será inferior a tres años ni superior a cinco para las especialidades enumeradas en el apartado uno del anexo y no superior a tres años para las relacionadas en el apartado 2 del mismo anexo.
- c) Informar sobre la convocatoria anual de plazas de Médicos Residentes a la Comisión Interministerial que la elabora.

Artículo 16.

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas, sin perjuicio de las atribuciones que competen a otros órganos consultivos de los Ministerios de Educación y Ciencia o de Sanidad y Consumo, ejercerá las siguientes funciones:

- a) Informar acerca de los requisitos de acreditación que, con carácter general, deben cumplir los Centros y unidades docentes que pretendan desarrollar programas de especialización médica.
- b) Informar los expedientes de acreditación para la docencia de aquellos Centros y unidades docentes a los que hace referencia el artículo sexto de la presente disposición.
- c) Ratificar los programas propuestos por las correspondientes Comisiones Nacionales de Especialidad, y elevarlos al Ministerio de Educación y Ciencia para su aprobación, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- h) Impulsar la organización y realización de los programas de formación contenidos en las distintas especialidades, prestando asistencia técnica a los organismos o instituciones interesadas.
- i) Participar en la elaboración de las convocatorias para la admisión en los Centros y unidades docentes acreditadas.

Artículo 17.

1. Es competencia del Ministerio de Educación y Ciencia:

- a) Acreditar los Centros y unidades docentes para los fines de este Real Decreto.
- b) Aprobar los programas de formación médica especializada.
- c) Autorizar el cambio de especialidad en los supuestos de petición fundada del interesado.
- d) Expedir los títulos de Médico Especialista.
- e) Proceder al inventario y catalogación de los Centros acreditados para impartir programas de formación de Médicos Especialistas.

2. Además del gobierno y la administración de las Instituciones con unidades docentes acreditadas para la docencia que sean dependientes del mismo, es competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo:

- a) Determinar los criterios asistenciales que han de informar las normas de acreditación de los Centros y unidades docentes.
- b) Establecer las normas de control de calidad asistencial de los referidos Centros.

- c) Ejecutar las convocatorias para la admisión en las unidades docentes acreditadas.
 - d) Atender al funcionamiento administrativo del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y de las Comisiones Nacionales respectivas.
3. Son competencias conjuntas de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo:
- a) Establecer los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los Centros y unidades docentes para desarrollar los programas de formación establecidas para la obtención de títulos de Médico Especialista.
 - b) Proponer al Gobierno la creación, cambio de denominación o supresión de las especialidades médicas.
 - c) Determinar el número de especialistas que deberán formarse atendiendo a las necesidades sociales de los Médicos Especialistas, a las disponibilidades presupuestarias existentes y a la capacidad docente de los centros acreditados.
 - d) Determinar los criterios de homologación de los títulos de Especialistas obtenidos en el extranjero.
4. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo velarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, por la calidad de la formación posgraduada impartida y el desarrollo de la misma, conforme a lo establecido en este Real Decreto.

LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD

Artículo 106.

1. Las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo.

2. La investigación en biomedicina y en ciencias de la salud habrá de desarrollarse principalmente en función de la política nacional de investigación y la política nacional de salud.

La investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población. Esta investigación deberá considerar especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

Artículo 107.

1. Con el fin de programar, estimular, desarrollar, coordinar, gestionar, financiar y evaluar la investigación, los Departamentos de Sanidad del Estado y de las Comunidades Autónomas podrán crear los Organismos de Investigación que consideren oportunos, de acuerdo con la política científica española.

2. Deberán coordinarse los programas de investigación y de asignación a los mismos de recursos públicos de cualquier procedencia, a efectos de conseguir la máxima productividad de la inversiones.

3. Los Organismos de investigación tendrán capacidad para establecer sus programas prioritarios y para acreditar unidades de investigación. Tendrán garantizada su autonomía y podrán proporcionarse financiación de acuerdo con los criterios generales sanitarios y de investigación.

Artículo 108.

En las áreas y objetivos prioritarios se desarrollarán programas específicos de formación de recursos para cubrir las respectivas necesidades. Se regulará la dedicación a la investigación de quienes participan en la información, asistencia, docencia y administración.

CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA (ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, 1999)

CAPITULO IX.- DE LA EXPERIMENTACIÓN MÉDICA SOBRE LA PERSONA

Artículo 29

1. El avance en Medicina está fundado en la investigación y por ello no puede prescindir, en muchos casos, de la experimentación sobre seres humanos, que sólo podrá realizarse cuando lo que se quiere experimentar haya sido satisfactoriamente estudiado y de acuerdo con los criterios, reglas o principios fijados en la Ley.

2. La investigación médica en seres humanos cumplirá las garantías exigidas al respecto con las declaraciones de la Asociación Médica Mundial. Requieren una particular protección en este asunto aquellos seres humanos biológica, social o jurídicamente débiles o vulnerables

3. Deberá recogerse el consentimiento libre y explícito del individuo sujeto de experimentación o de quien tenga el deber de cuidarlo en caso de que sea menor o incapacitado. Previamente se le habrá informado de forma adecuada de los objetivos, métodos y beneficios previstos del experimento, así como de los riesgos y molestias potenciales. También se le indicará su derecho a no participar en la experimentación y a retirarse en cualquier momento, sin que por ello resulte perjudicado.

4. Los riesgos o molestias que conlleve la experimentación no serán desproporcionados ni le supondrán al sujeto merma de su conciencia moral o de su dignidad. El médico interrumpirá la experimentación si se detecta un posible peligro.

5. El médico está obligado a mantener una clara distinción entre los procedimientos en fase de ensayo y los que ya han sido aceptados como válidos para la práctica correcta de la Medicina del momento. El ensayo clínico de nuevos procedimientos no privará al paciente de recibir un tratamiento válido.

6. El médico, está obligado a utilizar prácticas validadas. No es deontológico usar procedimientos no autorizados, a no ser que formen parte de un proyecto de investigación debidamente formalizado.