

II. “DETERMINACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y MEDIOS NECESARIOS PARA SU DESEMPEÑO”

A) REQUISITOS PARA EL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE.

- Licenciatura en Medicina (y Cirugía)
- Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria por la vía que corresponda, o habilitación para el ejercicio de la Medicina de Familia en el SNS.

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.

...exista el personal médico adecuado y especializado para las funciones que haya de ejercer a través de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, creada por el Real Decreto 2015/1978, de quince de julio.

Es necesario ahora la creación del marco legal que regule el tipo de formación de los nuevos especialistas de Medicina de Familia y Comunitaria, la forma de adquirirla y las condiciones de acceso a los puestos de trabajo de la estructura básica del futuro modelo sanitario.

Por otro lado, es preciso prever la situación futura de los profesionales que en el momento actual desempeñan tales puestos o están en condición legal de ocuparlos, respetando escrupulosamente los derechos individuales legítimamente adquiridos, y todo ello estableciendo un sistema que asegure, durante el proceso de transición del modelo sanitario actual al futuro que se pretende, la debida asistencia médica primaria a la población, tanto en el medio rural como en el urbano.

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.

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 quinto.

El periodo de formación de la especialidad será de tres años, perfeccionando conocimientos en Medicina Interna, Pediatría y Puericultura, Maternología, Geriátrica, Sanidad Ambiental, Higiene de la alimentación y Nutrición aplicada, Medicina Preventiva, Epidemiología, protección de grupos sociales, Psiquiatría Social y Salud Mental, y los conocimientos especializados suficientes para la atención de urgencias médicas y quirúrgicas, Cirugía General y Traumatología, diagnóstico del riesgo y orientación del enfermo y sus familiares en la utilización del sistema sanitario y social.

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 Educación 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 áreas formativas comprenderán servicios hospitalarios, unidades especiales y prácticas supervisadas en zonas rurales y urbanas.

Artículo octavo.

Los médicos que acrediten cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de "asistencia primaria" dependientes de cualquier administración pública o de entidades gestoras de la Seguridad Social, podrán obtener el título de médico de familia y comunitaria, previo cursillo de perfeccionamiento, en la forma que la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y el Ministerio de Educación y Ciencia determinen.

Artículo noveno.

Los especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria que desempeñan los puestos de trabajos determinados en la Administración Pública quedarán sometidos a un régimen de formación continuada.

Disposicion transitoria

Se respetan los derechos adquiridos a los facultativos que en la actualidad desempeñen plazas de "asistencia primaria" dependientes de cualquier Administración Pública y entidades gestoras de la Seguridad Social, tanto en el medio urbano como en el rural.

REAL DECRETO 127/1984 DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Artículo 1.

El título de Médico, Especialista expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, sin perjuicio de las facultades que asisten a los Licenciados en Medicina y Cirugía, será obligatorio para utilizar, de modo expreso, la denominación de Médico Especialista, para ejercer la profesión con este carácter y para ocupar un puesto de trabajo en establecimientos o instituciones públicas o privadas con tal denominación. En el Ministerio de Sanidad y Consumo existirá un Registro Nacional de Médicos Especialistas y de Médicos Especialistas en formación.

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. 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.

Artículo 5.

6. *(Redacción cambiada con posterioridad)* En el supuesto de que existieran plazas docentes acreditadas y que no fuesen dotadas económicamente por criterios de planificación o limitaciones presupuestarias, éstas podrán ser utilizadas, de acuerdo con lo que se disponga en la Orden correspondiente, para proporcionar un año de formación posgraduada básica a los Médicos que no hayan obtenido plaza para adquirir formación especializada y para la formación continuada de Médicos con práctica profesional. En ambos casos, el haber cursado estas enseñanzas será tenido en cuenta en los baremos para ocupar puestos de trabajo en la sanidad pública. A tal efecto, y como desarrollo de este Real Decreto, se dictarán las normas oportunas.

Podrán asimismo destinarse estas plazas a la enseñanza de los estudios de especialización para súbditos extranjeros que recibirán al término de su formación el correspondiente título de Especialista, que no tendrá validez profesional en España. A tal fin, deberán acreditar que disponen de la financiación propia suficiente para atender a sus necesidades durante todo el período de formación, así como la validez profesional de su título de Licencia en Medicina y Cirugía en España.

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.

Artículo 10.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los Tratados y Convenios Internacionales, se podrá homologar en España el título de Médico Especialista obtenido en el extranjero, con arreglo a lo que se establezca en las disposiciones conjuntas de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.

Artículo 11.

1. Las Unidades de los Servicios Médicos de los Ejércitos que hayan obtenido la correspondiente acreditación de acuerdo con lo establecido en el artículo 6, podrán desarrollar los programas de especialización médica para quienes hayan ingresado en los Cuerpos de Sanidad de las Fuerzas Armadas.

Artículo 18.

1. Podrán acceder al título de Médico Especialista fuera de lo previsto en el art. 5.º del presente Real Decreto: Los Ayudantes Doctores y Profesores titulares de las Facultades de Medicina que cumplan el siguiente requisito: Presentación ante la Comisión a que hace referencia el número 2 siguiente de los informes que acrediten la actuación facultativa, durante un período equivalente, en todas las actividades cuantificadas que constituyen el contenido teórico y práctico del programa oficial establecido para la correspondiente especialidad.

Disposiciones Transitorias.

1.ª Al entrar en vigor el presente Real Decreto, el Ministerio de Educación y Ciencia expedirá el título de Especialista a los Licenciados en Medicina y Cirugía que, estando en alguna de las siguientes circunstancias, cumplan los requisitos que se mencionan a continuación:

1. Haber iniciado formación especializada en centros con programa de formación de especialistas antes del 1 de enero de 1980, acreditando dos años como mínimo de formación en una única especialidad realizada de modo ininterrumpido y bajo un mismo régimen docente. En consecuencia, no será aplicable este supuesto a quienes, sin culminar esta formación de dos años, hayan obtenido plaza de formación reglada en las convocatorias efectuadas por las Ordenes de la Presidencia del Gobierno de 4 de diciembre de 1979 («Boletín Oficial del Estado» del 8), 30 de enero de 1981 («Boletín Oficial del

Estado» de 3 de febrero), 23 de enero de 1982 («Boletín Oficial del Estado» del 25) y 7 de septiembre de 1982 («Boletín Oficial del Estado» del 9).

2. Haber desempeñado ininterrumpidamente durante un mínimo de dos años con anterioridad al 1 de enero de 1980 las actividades profesionales de la especialidad en un centro con programa de docencia en puestos o plazas propias de Médico Especialista a las que el interesado hubiera estado formalmente adscrito en virtud de nombramiento o contrato.

3. Haberse dedicado al específico ejercicio profesional propio de la especialidad correspondiente ininterrumpidamente durante tres años con anterioridad al 1 de enero de 1980 y superar el pertinente examen de especialidad en una Facultad de Medicina.

4. Quienes deseen acogerse a lo dispuesto en este artículo deberán solicitarlo en el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor del presente Real Decreto ante el Ministerio de Educación y Ciencia.

2.^a Podrán, asimismo, a la entrada en vigor de este Real Decreto, obtener el título de Especialista los Licenciados en Medicina y Cirugía que estando en alguna de las siguientes circunstancias cumplan el requisito mencionado a continuación:

Quienes estén adscritos en el Registro Nacional de Especialistas en formación por haber obtenido plaza de formación como especialistas en centros con programa de docencia en las convocatorias generales de plazas hechas públicas por las Ordenes de Presidencia del Gobierno de 4 de diciembre de 1979 («Boletín Oficial del Estado» del 8), 30 de enero de 1981 («Boletín Oficial del Estado» de 3 de febrero), 23 de enero de 1982 («Boletín Oficial del Estado» del 25) o 7 de septiembre de 1982 («Boletín Oficial del Estado» del 9) y una vez concluida su formación con evaluaciones anuales favorables, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 8.º de este Real Decreto.

3.^a Los Profesores titulares de Universidad y los Profesores numerarios de las Facultades de Medicina interinos o contratados en dichas instituciones con fecha 21 de septiembre de 1983 que sean Doctores o que alcancen este grado antes del 30 de septiembre de 1987 podrán beneficiarse de la vía para la formación y acceso al título de Médico Especialista establecida en el art. 18 del presente Real Decreto.

4.^a 1. Podrán también acceder al título del Médico Especialista, fuera de lo previsto en los arts. 5.º y 18 del presente Real Decreto, los Médicos que estimen haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos que acredita el título de Médico Especialista para aquellas especialidades consignadas en los apartados 1 y 2 del anexo de este Real Decreto, y que, además de cumplir con el requisito establecido en el número 1 del art. 18, superen las pruebas pertinentes. Estas versarán sobre el desarrollo teórico y práctico del contenido del programa oficial de la especialidad y que se harán mediante adscripción del aspirante al título a los efectos exclusivos de estas pruebas a una unidad docente acreditada para la especialidad de que se trate. Además estos aspirantes deberán estar en posesión del grado de Licenciado. Si para obtener este grado hubieran realizado una tesis de Licenciatura, deberán presentarla ante la comisión a que hace referencia el número 2 del art. 18, y si lo hubiesen obtenido mediante examen deberán defender un trabajo de investigación relacionado con su especialidad, ante la misma comisión.

2. La valoración del requisito establecido en el número anterior la efectuará la misma comisión que se contempla en el número 2 del art. 18.
3. En el caso de que la valoración documental fuese positiva, las Comisiones Nacionales de Especialidad establecerán las pruebas que habrán de realizar los candidatos, así como la duración de las mismas y su adscripción a la unidad docente acreditada donde deban ser desarrolladas. Superadas favorablemente dichas pruebas, las comisiones propondrán al Ministerio de Educación y Ciencia la concesión del título de Médico Especialista, el cual será otorgado previo depósito de los derechos de expedición del mismo y demás requisitos que se determinen.
4. No obstante lo dispuesto en el número 4 del art. 18, los centros y unidades docentes acreditados serán utilizados para la realización de las pruebas a las que alude el número 1 de este artículo.
5. El número de títulos expedidos anualmente de acuerdo con este artículo no superará el 5 por 100 del total del número de plazas que se hayan establecido en la convocatoria anual correspondiente. La distribución de este número en relación a las distintas especialidades se establecerá cada año por la Comisión Interministerial creada por el art. 5.º de este Real Decreto.
6. Dicha Comisión Interministerial, teniendo en cuenta el grado de satisfacción de las necesidades sociales de Médicos Especialistas, podrá suspender temporalmente este procedimiento de obtención del título.
7. Esta disposición estará en vigor hasta el 31 de diciembre de 1986.

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, Geriátria, 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.

REAL DECRETO 683/1981, DE 6 DE MARZO, POR EL QUE SE REGULA LA OBTENCION DEL TITULO DE ESPECIALISTA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA.

El Real Decreto 3303/1978, de veintinueve de diciembre, reguló la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad médica, definiéndola, en función de su contenido, como aquella que tiene por objeto la atención médica primaria a los individuos y grupos sociales. Ello coincide plenamente con el cometido propio y tradicional de los médicos titulares, en cuanto su función abarca, no solo el aspecto asistencial, sino también el preventivo. El reconocimiento de esta situación ha sido interesado por la Organización Médica Colegial

En su virtud, a propuesta de los ministros de Educación y Ciencia y de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día seis de marzo de mil novecientos ochenta y uno, dispongo:

Artículo unico.- Sin perjuicio de lo establecido en la disposición transitoria primera del Real Decreto 2015/1978, de quince de julio, y en el artículo octavo del Real Decreto 3303/1978, de veintinueve de diciembre, quienes en la fecha de entrada en vigor del presente Real Decreto pertenezcan al cuerpo de médicos titulares tienen, a todos los efectos, la consideración de especialistas de Medicina de Familia y Comunitaria

REAL DECRETO 264/1989, DE 10 DE FEBRERO, POR EL QUE SE DESARROLLA EL CURSO DE PERFECCIONAMIENTO PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

El Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, reguló el sistema de formación de estos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, disponiendo en su artículo 8 que <los médicos que acrediten cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de asistencia primaria, dependientes de cualquier Administración Pública o entidades gestoras de la Seguridad Social, podrán obtener el título de médico de familia y comunitaria previo cursillo de perfeccionamiento en la forma que la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y el Ministerio de Educación y Ciencia determinen>.

Asimismo, el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista, contempla a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad que no requiere básicamente formación hospitalaria.

Por otra parte la disposición final primera de la ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, prevé la regularización, aclaración y armonización, entre otros textos legales, del Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre y el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero.

De conformidad con las disposiciones anteriormente citadas, y con el fin de posibilitar el acceso de los médicos contemplados en el artículo 8 del citado Real Decreto 3303/1978, se establece un procedimiento excepcional restringido y controlado para la obtención del título de médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. En su virtud, a propuesta conjunta de los ministros de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, oída la Comisión Nacional de especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y, previo acuerdo del consejo de universidades y el consejo interterritorial del sistema nacional de salud y, de acuerdo con el dictamen del consejo de estado, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 10 de febrero de 1989,

Dispongo:

Artículo 1. 1. El curso de perfeccionamiento, con una duración total de tres meses, para la obtención con carácter excepcional del título de médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, será de carácter teórico y práctico, versará sobre las áreas clínicas y de salud pública y medicina comunitaria, desarrollándose a tenor del programa determinado por el Ministerio de Educación y Ciencia y la Comisión Nacional de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo esquema se incluye como anexo I.

2. Al objeto de garantizar el máximo aprovechamiento docente y la optimización de los recursos, el curso se realizara en régimen de dedicación completa, en un único periodo continuado o en diversas fases, a tenor de las necesidades organizativas locales.

3. Cuando excepcionalmente el curso no pueda organizarse en régimen de dedicación completa, se garantizara una duración en numero de horas equivalente al previsto en los apartados anteriores.

4. Las sustituciones, cuando procedan, se regularan por su régimen específico.

Art. 2. Podrán solicitar su admisión al curso los médicos que acrediten a la entrada en vigor del presente Real Decreto cinco años de ejercicio en propiedad o interinos en puestos de asistencia primaria dependientes de cualquier Administración Pública o de entidades gestoras de la Seguridad Social.

Art. 5 2. Las actividades formativas de carácter práctico, se desarrollaran, en los centros y servicios sanitarios acreditados para la docencia vinculados al insalud y/o a la Comunidad Autónoma y en aquellos otros que la comisión que contempla el apartado anterior juzgue adecuados.

3. Las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria así como los centros y servicios asistenciales del Insalud o el departamento o entidad gestora que haya asumido sus competencias, deberán participar activamente en la ejecución del programa.

Art. 6. Cumplido el programa previsto y tras la realización de las pruebas objetivas pertinentes la comisión a que hace referencia el artículo 5, elevara a la Dirección General de Planificación Sanitaria informe del curso y la correspondiente evaluación individualizada del programa teórico y práctico para su tramitación, a efectos de expedición del título de especialista por parte del Ministerio de Educación y Ciencia.

Disposición adicional

Se convoca, a tenor de lo dispuesto en este Real Decreto el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

**DIRECTIVA 93/16/CEE DEL CONSEJO DE 5 DE ABRIL DE 1993
DESTINADA A FACILITAR LA LIBRE CIRCULACIÓN DE LOS MÉDICOS Y
EL RECONOCIMIENTO MUTUO DE SUS DIPLOMAS, CERTIFICADOS Y
OTROS TÍTULOS**

TÍTULO IV FORMACIÓN ESPECÍFICA EN MEDICINA GENERAL

Artículo 30

Cada Estado miembro que imparta en su territorio el ciclo completo de formación contemplado en el artículo 23, establecerá una formación específica en medicina general que responda al menos a las condiciones previstas en los artículos 31 y 32, de forma que los primeros diplomas, certificados u otros títulos que la confirmen se expidan a más tardar el 1 de enero de 1990.

Artículo 31

1. La formación específica en medicina general contemplada en el artículo 30 deberá responder como mínimo a las condiciones siguientes:

a) sólo será accesible previa conclusión y convalidación de al menos seis años de estudios en el marco del ciclo de formación contemplado en el artículo 23;

b) su duración será de al menos dos años a tiempo completo y se efectuará bajo el control de las autoridades u organismos competentes;

c) será de carácter más práctico que teórico; la formación práctica se impartirá, por una parte, durante al menos seis meses en un medio hospitalario reconocido que disponga del equipo y los servicios adecuados y, por otra parte, durante al menos seis meses en un consultorio de medicina general reconocido o en un centro reconocido en el que los médicos presten primeros auxilios; se desarrollará en relación con otros centros o estructuras sanitarios que se ocupen de la medicina general; sin embargo, sin perjuicio de los períodos mínimos antes mencionados, la formación práctica podrá impartirse durante un período de seis meses como máximo en otros centros o estructuras sanitarios reconocidos que se ocupen de la medicina general;

d) incluirá una participación personal del candidato en la actividad profesional y en las responsabilidades de las personas con las que trabaje.

2. Los Estados miembros podrán diferir la aplicación de las disposiciones de la letra c) del apartado 1 relativas a las duraciones mínimas de formación a más tardar hasta el 1 de enero de 1995.

3. Los Estados miembros subordinarán la expedición de los diplomas, certificados y otros títulos que confirmen la formación específica en medicina general a la posesión de uno de los diplomas, certificados y otros títulos contemplados en el artículo 3.

Artículo 32

Los Estados miembros en los que el 22 de septiembre de 1986 existiese una formación en medicina general mediante una experiencia en medicina general adquirida por el médico en su propia consulta bajo la vigilancia de un director de prácticas reconocido podrán mantener, con carácter experimental, dicha formación siempre que ésta:

- se ajuste a las disposiciones de las letras a) y b) del apartado 1 del artículo 31 así como a las del apartado 3;

- tenga una duración igual al doble de la diferencia entre la duración prevista en la letra b) del apartado 1 del artículo 31 y el total de los períodos contemplados en el tercer guión del presente artículo;

- incluya al menos un período en un hospital reconocido que disponga del equipo y los servicios adecuados, así como un período en un consultorio de medicina general reconocido o de un centro reconocido en el que los primeros

auxilios sean prestados por personal médico; a partir del 1 de enero de 1995, cada uno de estos dos períodos durará al menos seis meses.

Artículo 35

1. Los Estados miembros, con independencia de las disposiciones sobre derechos adquiridos que adopten, podrán expedir el diploma, certificado u otro título contemplados en el artículo 30, a un médico que no haya realizado la formación prevista en los artículos 31 y 32, pero que posea otra formación complementaria sancionada por un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades competentes de un Estado miembro; no obstante, sólo podrán expedir dicho diploma, certificado u otro título si éste confirmare conocimientos de un nivel cualitativamente equivalente a los que resulten de la formación prevista en los artículos 31 y 32.

2. Los Estados miembros, en las normas que adopten de conformidad con el apartado 1, determinarán, en particular, en qué medida la formación complementaria ya adquirida por el solicitante, así como su experiencia profesional, pueden ser tenidas en cuenta para sustituir la formación prevista en los artículos 31 y 32.

Los Estados miembros sólo podrán expedir el diploma, certificado u otro título contemplado en el artículo 30 si el solicitante hubiere adquirido una experiencia en medicina general de seis meses como mínimo en un consultorio de medicina general o en un centro en el que los primeros auxilios contemplados en la letra c) del apartado 1 del artículo 31 sean prestados por personal médico.

Artículo 36

1. A partir del 1 de enero de 1995, cada Estado miembro condicionará, sin perjuicio de las disposiciones sobre derechos adquiridos, el ejercicio de las actividades de médico como médico generalista en el marco de su régimen nacional de seguridad social, a la posesión de un diploma, certificado u otro título contemplado en el artículo 30.

Sin embargo, los Estados miembros podrán eximir de dicha condición a las personas que estén recibiendo una formación específica en medicina general.

2. Cada Estado miembro determinará los derechos adquiridos. Sin embargo, cada Estado miembro deberá considerar como adquirido el derecho a ejercer las actividades de médico generalista en el marco de su régimen nacional de seguridad sin el diploma, certificado u otro título contemplados en el artículo 30, por todos los médicos que tengan dicho derecho el 31 de diciembre de 1994 en virtud de los artículos 1 a 20 y que estén establecidos en dicha fecha en su territorio, habiéndose beneficiado de lo dispuesto en el artículo 2 o en el apartado 1 del artículo 9.

3. Cada Estado miembro podrá aplicar el apartado 1 antes del 1 de enero de 1995, siempre que cualquier médico que haya adquirido en otro Estado miembro la formación contemplada en el artículo 23 pueda establecerse en su territorio hasta el 31 de diciembre de 1994 y ejercer en el mismo en el marco de su régimen nacional de seguridad social, invocando el beneficio del artículo 2 o del apartado 1 del artículo 9.

4. Las autoridades competentes de cada Estado miembro expedirán, a instancia del interesado, un certificado que acredite el derecho a ejercer las actividades de médico como médico generalista en el marco de su régimen

nacional de seguridad social, sin el diploma, certificado u otro título contemplado en el artículo 30, a los médicos que sean titulares de derechos adquiridos en virtud del apartado 2.

5. El apartado 1 no afectará a la posibilidad de los Estados miembros de permitir en su territorio, de acuerdo con su normativa, el ejercicio de las actividades de médico, como médico generalista en el marco de un régimen de seguridad social, a personas que no sean titulares de diplomas, certificados u otros títulos que confirmen una formación de médico y una formación específica en medicina general adquiridas, una y otra, en un Estado miembro, pero que sean titulares de diplomas, certificados y otros títulos que sancionen dichas formaciones, o una de las dos, obtenidos en un país tercero.

Artículo 37

1. Cada Estado miembro reconocerá, para el ejercicio de las actividades de médico como médico generalista en el marco de su régimen nacional de seguridad social, los diplomas, certificados y otros títulos contemplados en el artículo 30 y expedidos a los nacionales de los Estados miembros por los demás Estados miembros de conformidad con los artículos 31, 32, 34 y 35.

2. Cada Estado miembro reconocerá los certificados contemplados en el apartado 4 del artículo 36 expedidos a los nacionales de los Estados miembros por los demás Estados miembros dándoles el mismo efecto en su territorio que a los diplomas, certificados y otros títulos que expida y que permitan el ejercicio de las actividades de médico generalista en el marco de su régimen nacional de seguridad social.

REAL DECRETO 1753/1998, DE ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y EJERCICIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El título oficial de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria fue creado a través del Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, norma que, asimismo, estableció como sistema ordinario y habitual para su obtención la formación mediante residencia en los centros sanitarios. Se iniciaba así, en España, una formación específica para los Médicos de Familia que, posteriormente, y a través de la Directiva 86/457/CEE, del Consejo de las Comunidades Europeas, fue implantada con carácter general en todos los Estados miembros de la actual Unión Europea.

Aunque el citado Real Decreto establecía las normas transitorias para el acceso al título de la nueva especialidad por parte de los profesionales que ejercían con anterioridad a su creación, medidas transitorias complementadas por los Reales Decretos 683/1981, de 6 de marzo, y 264/1989, de 10 de febrero, estas medidas se revelaron insuficientes a partir del 1 de enero de 1995, fecha en la que, conforme a lo previsto en la Directiva 93/16/CEE, entró en vigor el requisito de ostentar el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, o la certificación a que se refiere el Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, para desempeñar plazas de Médico de Familia, denominación que adopta la Medicina General con este Real Decreto, en centros o servicios sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud.

Esta situación motivó la adopción del Real Decreto 931/1995, de 9 de junio, relativo al acceso a la formación como Especialistas en Medicina Familiar y

Comunitaria de los Licenciados en Medicina posteriores al 1 de enero de 1995. Las medidas entonces adoptadas se amplían ahora en relación con los profesionales que superaron los estudios conducentes al título oficial de Licenciado en Medicina con anterioridad a dicha fecha y que ejercen como Médicos de Familia, ampliación que se efectúa de acuerdo con las líneas generales aprobadas por el Congreso de los Diputados, en su Proposición no de Ley de 7 de octubre de 1997, y por el Senado, en su Moción de 8 de abril de 1997.

Así, se establece un sistema excepcional y transitorio de acceso al título de Especialista de conformidad con los requisitos y procedimiento que fijó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en Acuerdo adoptado en su reunión de 21 de julio de 1997. Dicho Acuerdo contempla también otros dos aspectos. El primero de ellos es la denominación común de Médico de Familia para los profesionales que ejercen con este perfil. El segundo, busca una valoración equilibrada, en todas las pruebas de acceso a plazas de Medicina de Familia, entre los méritos relativos a la experiencia profesional y a la formación posgraduado como especialista por el sistema de residencia. A efectos de tal valoración, el citado Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud hace equivalentes la puntuación otorgada al período completo de formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria con la asignada a entre seis y ocho años de servicios prestados como Médico de Familia, contemplándose también la realización de convocatorias periódicas para el acceso a las plazas del Sistema Nacional de Salud.

Para la articulación de todo ello ha sido tramitado este Real Decreto, que cuenta con informes favorables del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Han sido oídos los colegios, asociaciones y sociedades interesados, así como las organizaciones sindicales. En su virtud, a propuesta de los Ministros de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura, previa aprobación del Ministro de Administraciones Públicas, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 31 de julio de 1998, dispongo:

Artículo 1. Requisitos de acceso al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Los españoles y los nacionales del resto de los Estados miembros de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo que hubieran obtenido el título español de Licenciado en Medicina antes del 1 de enero de 1995, o que hubieran estado en condiciones de obtenerlo antes de dicha fecha, podrán acceder al título español de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria por el procedimiento excepcional que se regula en los artículos 2 y 3 cuando acrediten cumplir los siguientes requisitos:

1. Completar, antes del día 1 de enero del año 2008, un total de cinco años de ejercicio profesional efectivo como Médico de Familia, desarrollado en plazas de centros o servicios, propios, integrados o concertados, del Sistema Nacional de Salud. A estos efectos, serán en todo caso computables los servicios prestados en Equipos de Atención Primaria, en la modalidad asistencial de cupo y zona, en servicios sanitarios locales y en servicios de urgencia.
2. Poseer una formación complementaria, antes de la fecha indicada en el párrafo anterior, de un mínimo de trescientas horas, cuyos contenidos deberán

contemplar los diferentes ámbitos que configuran el perfil profesional del Médico de Familia. La Subsecretaría de Sanidad y Consumo, a propuesta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, tras consulta con las sociedades científicas de atención Primaria, oído el Consejo General de Colegios de Médicos y previo informe favorable de la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica del Ministerio de Educación y Cultura, aprobará el índice de materias, ámbitos y proporción de áreas que debe abarcar tal formación continuada y complementaria, mediante resolución que se publicará en el «Boletín Oficial del Estado» para conocimiento de los interesados.

Artículo 2. Solicitudes de expedición del título.

1. Quienes reúnan los requisitos previstos en el artículo anterior podrán solicitar la expedición del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria mediante instancia dirigida a la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura.

2. La solicitud podrá presentarse en los Registros de los Servicios Centrales o Territoriales del Ministerio de Educación y Cultura y en los demás Registros y oficinas a que se refiere el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3. A fin de acreditar el cumplimiento de los requisitos a que se refiere el artículo anterior, la solicitud se acompañará de la siguiente documentación:

a) Título de Licenciado en Medicina o certificado sustitutorio ajustado al modelo establecido en la resolución de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación de 26 de junio de 1989 («Boletín Oficial del Estado» del día 18 de julio).

b) Certificaciones expedidas por los Gerentes del Área de Salud, por los responsables de los servicios sanitarios de las Administraciones públicas o de los centros sanitarios concertados, estos últimos con el visto bueno del Servicio de Salud o Consejería correspondiente, acreditativas de los servicios prestados como Médico de Familia.

c) Títulos, diplomas o certificaciones de las actividades de formación complementaria en los que conste las materias sobre las que versaron y su duración, expedidos o, en su defecto, informados o visados, por las Sociedades Científicas, los Colegios de Médicos, los Servicios de Salud, el INSALUD, las Universidades, las Consejerías de Sanidad o Salud de las Comunidades Autónomas o el Ministerio de Sanidad y Consumo. Serán tomados en consideración asimismo los diplomas o certificados relativos a actividades de formación continuada acreditadas por sistemas de acreditación en atención primaria reconocidos por la Comisión Nacional de la Especialidad.

4. Los documentos a que se refiere el párrafo a) del apartado anterior deberán presentarse en copia compulsada, expedida por el fedatario público o por los funcionarios encargados de la recepción de las solicitudes previa presentación en este último supuesto del documento original. El resto de la documentación podrá presentarse en original o copia compulsada expedida en la forma antes indicada.

7. A propuesta de la Comisión Mixta, y cuando el interesado reúna todos los requisitos previstos en el artículo anterior, la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica dictará resolución, que se notificará al interesado y se comunicará a la Consejería de Sanidad o Salud de la Comunidad Autónoma donde éste desarrolle su ejercicio profesional o, en su defecto, en la que tenga su domicilio, y a la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, declarando la admisión del interesado a la prueba objetiva a la que se refiere el artículo siguiente.

Artículo 3. Prueba objetiva.

1. La prueba objetiva, dirigida a evaluar la competencia profesional del interesado, será organizada y gestionada por la Consejería de Sanidad o Salud de la Comunidad Autónoma en la que el interesado desarrolle su ejercicio profesional o, en su defecto, en la que tenga su domicilio. En aquellas Comunidades Autónomas que no tengan transferida la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, el INSALUD colaborará con los servicios autonómicos en el desarrollo y gestión de las pruebas.

2. Las características comunes de las pruebas serán establecidas, para todo el territorio nacional, por la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo a propuesta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, previo informe de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo y dentro de los siguientes principios generales:

a) Las pruebas se realizarán, al menos, una vez en cada año natural.

b) Tendrá carácter eminentemente práctico y estará orientada a evaluar la competencia profesional del interesado en el ejercicio de sus funciones

como Médico de Familia, a través de la resolución de diversos casos clínicos adaptados a los contenidos formativos a que se refiere el artículo 1.2.

3. Un Comité Coordinador, compuesto por los 17 Coordinadores Autonómicos y por dos miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad, designados por ésta, determinará los criterios generales de la metodología evaluativa y establecerá el diseño general de las pruebas y de sus contenidos en las convocatorias que se realicen cada año.

5. Cuando la propuesta de evaluación sea la de «apto», se remitirá al órgano competente de la Comunidad Autónoma, que la trasladará, junto con el informe que, en su caso, considere procedente a la Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Dicha Subsecretaría remitirá la propuesta a la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, acompañada, en su caso, del indicado informe y del que dicho órgano pueda emitir.

6. Cuando la propuesta de evaluación sea la de «no apto» el interesado podrá someterse a una segunda prueba, que se realizará en la siguiente convocatoria de la misma y versará exclusivamente sobre los módulos no superados en la primera. La propuesta de evaluación de esta segunda prueba se remitirá al órgano correspondiente de la Comunidad Autónoma, para su tramitación conforme a lo previsto en el apartado anterior.

7. Recibidas las propuestas de evaluación y el informe que, en su caso, hayan emitido la Comunidad Autónoma y la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria aprobará la evaluación definitiva de cada aspirante. Cuando tal evaluación sea la de apto, se comunicará al Ministerio de Educación y Cultura, a fin de que

adopte la resolución correspondiente en orden a la emisión del título de Especialista.

Cuando tal evaluación sea la de no apto, el interesado tendrá derecho a someterse a una nueva prueba, cuyas características serán similares a las establecidas para la prueba inicial y que será organizada por la Subsecretaría de Sanidad y Consumo y la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica. Esta prueba será evaluada directamente por la Comisión Nacional de la Especialidad, y su resultado, que será definitivo, se comunicará al Ministerio de Educación y Cultura para que adopte la resolución procedente que será notificada al interesado.

8. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de su Comisión Permanente de Formación y Ordenación de las Profesiones Sanitarias conocerá, y en su caso, coordinará las actuaciones de las Comunidades Autónomas en lo relativo a la organización y gestión de las pruebas objetivas previstas en este artículo, especialmente en lo relativo a los períodos de su celebración.

Artículo 4. Requisitos para el desempeño de plazas de Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud.

1. Las plazas de este ámbito profesional de la atención primaria de salud, bien correspondan a Equipos de Atención Primaria bien se encuentren integradas en la modalidad asistencial de cupo y zona, en servicios sanitarios locales o en servicios de urgencia, pasarán a tener la denominación común de plazas de Medicina de Familia.

2. Para desempeñar las plazas de Medicina de Familia en centros o servicios, propios, integrados o concertados, del Sistema Nacional de Salud será requisito imprescindible poseer el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria o la certificación prevista en el artículo 3 del Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, indistintamente, sin que en ningún caso puedan establecerse preferencias derivadas del cumplimiento de uno u otro requisito. Los Licenciados en Medicina que desempeñen tales plazas pasarán a ostentar la denominación profesional de Médico de Familia, común a todos ellos tanto si se encuentran en posesión del título de especialista como si son titulares de la certificación antes citada.

3. En la fase de concurso de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de Medicina de Familia no se valorará la mera posesión del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, sin perjuicio de la valoración del período de formación especializada a través del sistema de residencia en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, cuya puntuación global en el baremo será equivalente a la que se asigne a un ejercicio profesional como Médico de Familia de entre seis y ocho años.

Disposición adicional segunda. Títulos expedidos por los Estados de la Unión Europea.

1. El sistema de acceso al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria previsto en este Real Decreto será también aplicable a los españoles y nacionales del resto de los Estados miembros de la Unión Europea que hubieran obtenido el reconocimiento u homologación en España de un título extranjero de Licenciado en Medicina con anterioridad al primero de enero de 1995, siempre y cuando reúnan el resto de los requisitos establecidos en el artículo 1.

2. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 4.2 de este Real Decreto, y previo el cumplimiento de los requisitos que en cada caso sean exigibles, podrán también desarrollar las funciones de Médico de Familia y acceder a las plazas de Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud y en los servicios sanitarios a que se refiere la disposición adicional primera, quienes ostenten alguno de los títulos, certificados o diplomas a que hace referencia el artículo 30 de la Directiva 93/16/CEE, cuya enumeración figura en el apartado 1 de la Comunicación 96/C 393/04, de la Comisión Europea, o sean titulares de las certificaciones previstas en el artículo 36.4 de dicha Directiva. En cualquier caso, dichos títulos, diplomas o certificados deberán ser previamente reconocidos por el Ministerio de Educación y Cultura.

3. Lo previsto en los dos apartados anteriores será también aplicable a los nacionales de los Estados signatarios del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo y a los títulos, diplomas o certificados equivalentes expedidos en dichos Estados.

Disposición adicional tercera. Modificaciones del Real Decreto 853/1993, de 4 de junio.

Se modifica el Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, sobre el ejercicio de las funciones de Médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud, en la siguiente forma:

a) Todas las referencias que se contienen en su denominación, preámbulo, articulado y disposiciones adicionales a las funciones de Médico General o a las plazas de Médico de Medicina General se entenderán realizadas a las funciones de Médico de Familia y a las plazas de Medicina de Familia, respectivamente.

b) Se incorpora una nueva disposición adicional tercera con el siguiente texto:

«Disposición adicional tercera.

Conforme a lo previsto en el artículo 36.1 de la Directiva 93/16/CEE, podrán también desempeñar las funciones de Médico de Familia en centros y servicios del Sistema Nacional de Salud los Licenciados en Medicina que accedan a plaza de formación médica especializada, mediante residencia, en la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, mientras realicen el período formativo y exclusivamente en relación con las actividades profesionales asignadas a la correspondiente plaza formativa».

Disposición adicional cuarta. Evaluación por la Comisión Nacional.

Cuando la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria desarrolle las funciones de evaluación que se le asignan en el artículo 3 de este Real Decreto, los Vocales representantes de los Médicos Residentes a que se refiere el artículo 13.1.d) del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista, actuarán con voz pero sin voto.

Disposición adicional quinta. Cursos de perfeccionamiento.

Los Licenciados en Medicina que hubieran sido admitidos a la realización del curso de perfeccionamiento previsto en el Real Decreto 264/1989, de 10 de febrero, y que no hubieran obtenido el título de Médico Especialista en la fecha de entrada en vigor de este Real Decreto, podrán optar por la vía de obtención del título que en esta norma se establece, quedando exentos de acreditar el cumplimiento de los requisitos previstos en los apartados 1 y 2 del artículo 1. A

estos efectos deberán adjuntar a su solicitud certificación expedida por el órgano competente de la Comunidad Autónoma acreditativa de su admisión a dicho curso.

RESOLUCIÓN DE 26 DE MARZO DE 1999, DE LA SUBSECRETARÍA, POR LA QUE SE APLICA LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1.2 Y EN LA DISPOSICIÓN ADICIONAL QUINTA DEL REAL DECRETO 1753/1998, DE 31 DE JULIO, SOBRE ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SOBRE EL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

... Por ello, la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, a propuesta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, tras consulta con las sociedades científicas de Atención Primaria, oído el Consejo General de Colegios de Médicos y previo informe favorable de la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica del Ministerio de Educación y Cultura, resuelve:

Primero.-Aprobar el índice de materias y ámbitos, agrupados por áreas, que configuran el perfil profesional del Médico de Familia a efectos de las trescientas horas de formación complementaria exigidas por el artículo 1.2 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, así como la distribución de dichas horas entre las materias relacionadas en el citado índice, que se detalla a continuación: ...

Segundo.-De conformidad con lo previsto en la disposición adicional quinta del Real Decreto 1753/1998, estarán exentos de acreditar la formación complementaria a la que se refiere el apartado anterior, los solicitantes del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que hubieran sido admitidos a la realización del curso de perfeccionamiento regulado por el Real Decreto 264/1989, de 10 de febrero («Boletín Oficial del Estado» de 17 de marzo).

RESOLUCIÓN DE 17 DE DICIEMBRE DE 2001, DE LA SECRETARÍA DE ESTADO DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDADES, POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LAS PRUEBAS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 3 DEL REAL DECRETO 1753/1998, DE 31 DE JULIO.

... En su virtud, esta Secretaría de Estado, a propuesta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, y previo informe favorable de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, resuelve establecer las características comunes de las pruebas previstas en el artículo 3 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, que figuran como anexo a la presente Resolución.

ANEXO. Características comunes de las pruebas previstas en el artículo 3 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio

Primera.-El tipo de prueba corresponderá a una "evaluación clínica objetiva y estructurada".

Segunda.-Dicha prueba deberá ser homogénea, equiparable en contenidos en la totalidad de los lugares donde se realice, garantizándose la aplicación de las

presentes características en el caso de no realizarse de forma simultánea. La prueba estará constituida por un circuito de estaciones o situaciones por las que los interesados rotarán de forma consecutiva.

Tercera.-Las estaciones o situaciones de cada prueba se diseñarán sobre la base de varios casos clínicos de contenido eminentemente práctico, que se ajustarán al perfil profesional del Médico de Familia a que se refiere el apartado primero de la Resolución de 26 de marzo de 1999, de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo ("Boletín Oficial del Estado" de 14 de abril).

Cuarta.-Las entrevistas con pacientes estandarizados y los exámenes orales estructurados se utilizarán necesariamente para el diseño del circuito de estaciones o situaciones que integren cada prueba, sin perjuicio de la aplicación de otros métodos de evaluación.

Quinta.-Para determinar los criterios generales de la metodología evaluativa, el Comité Coordinador tendrá en cuenta, entre otros, los siguientes parámetros:

- a) Habilidades clínicas básicas: Anamnesis y exploración física.
- b) Comunicación: Habilidades comunicativas básicas y aspectos éticos de la práctica.
- c) Habilidades técnicas: Habilidades diagnósticas y terapéuticas.
- d) Manejo: Plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento.
- e) Abordaje familiar/comunitario.
- f) Actividades preventivas.

Sexta.-La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y el Comité Coordinador estarán asistidos por un grupo de expertos para la configuración, desarrollo y evaluación de la prueba.

REAL DECRETO 1497/1999, POR EL QUE SE REGULA UN PROCEDIMIENTO EXCEPCIONAL DE ACCESO AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA.

El acceso al título de Médico Especialista en España fue posible, hasta el año 1984, por diversas vías. En dicho año, y a través del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista, se adoptó con carácter general como sistema único para la formación y posterior obtención de dicho título el sistema de residencia en instituciones y centros sanitarios acreditados para impartir la correspondiente formación.

Sin embargo, circunstancias de índole histórica y de carácter interno, así como las propias normas europeas, han venido condicionando la estructura de la profesión médica en España, a la que afectan determinados problemas puntuales originados por un número inusualmente elevado de alumnos en las Facultades de Medicina durante la década de los años setenta y por una capacidad formativa del sistema sanitario inicialmente limitada. Ambos aspectos han sido ya suficientemente corregidos, pero las diferencias producidas con anterioridad determinaron que un cierto número de médicos no pudieran acceder a la formación especializada oficial. Ello, unido a la necesidad

que en esa época existía de médicos especialistas en nuestro sistema sanitario, hizo que licenciados en Medicina accedieran a distintos hospitales, centros sanitarios y unidades docentes, iniciando una formación médica especializada no oficial, pero que bajo la supervisión de los correspondientes jefes de las unidades podría haber resultado equiparable, en determinados casos, a la establecida para cada especialidad.

La situación planteada ha trascendido de los ámbitos estrictamente docentes y sanitarios, de forma tal que tanto el Congreso de los Diputados, en proposición no de ley aprobada el 7 de octubre de 1997, como el Senado, en moción aprobada el 8 de abril de 1997, instaron al Gobierno para que, de modo excepcional, manteniendo y consolidando el sistema de residencia como la única vía ordinaria de acceso al título de Médico Especialista, articulara las medidas reglamentarias que resultaran procedentes para que el colectivo de médicos antes indicado pudiera obtener dicho título, manteniendo los criterios de calidad formativos alcanzados por el sistema de formación médica especializada, regulados en el Real Decreto 127/1984.

Artículo 1. Requisitos de acceso al título de Médico Especialista.

1. Los españoles y los nacionales del resto de los Estados miembros de la Unión Europea o del espacio económico europeo, que hubieran obtenido el título español de Licenciado en Medicina, o el reconocimiento u homologación a aquél de un título extranjero, podrán acceder, por una única vez, al título español de Médico Especialista por el procedimiento excepcional regulado en esta norma si a la entrada en vigor de la misma acreditan los siguientes requisitos:

a) Haber completado un ejercicio profesional efectivo como médico, dentro del campo propio y específico de una especialidad durante un período mínimo equivalente al 170 por 100 del período de formación establecido para la misma en España.

b) Poseer una formación especializada equivalente a la establecida para la especialidad, de acuerdo al programa vigente en su momento, realizada en servicios o unidades de dicha especialidad, cuyo carácter formativo queda reconocido excepcionalmente mediante este Real Decreto a sus exclusivos efectos, en centros sanitarios públicos o integrados en el Sistema Nacional de Salud, o acreditados para la docencia, o, en las especialidades del apartado segundo del Anexo del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, conjuntamente en centros sanitarios de tales características y en centros universitarios. Será, asimismo, válida la formación adquirida en servicios o unidades concertados con el Sistema Nacional de Salud, cuando el concierto incluya la especialidad solicitada por el aspirante. Siempre que la formación se haya desarrollado bajo una relación profesional retribuida en el ámbito de la especialidad, el tiempo de la misma será computable a efectos del cumplimiento del requisito de ejercicio profesional previsto en el párrafo a).

c) Cuando se trate de las especialidades incluidas en el apartado tercero del Anexo del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, no será exigible

que el ejercicio profesional se hubiera desarrollado en centros o instituciones sanitarias ni que la formación se hubiera obtenido en centros sanitarios de las características indicadas.

2. Los interesados sólo podrán solicitar un único título de Médico Especialista al amparo del procedimiento establecido en esta norma.

Artículo 3. Prueba teórico-práctica y evaluación de la actividad profesional y formativa de los aspirantes.

2. La evaluación será el resultado de la valoración conjunta de una prueba o examen teórico-práctico, única y general para cada especialidad, a la que habrán de someterse todos los solicitantes, y del currículum profesional y formativo del interesado que, en su caso, deberá ser defendido por el mismo en sesión oral cuando así lo requiera el tribunal.

Disposición adicional tercera.- Títulos de Médico Especialista expedidos conforme al artículo 5.6 del Real Decreto 127/1984.

Quienes hayan obtenido un título de Médico Especialista sin validez profesional en España al amparo de lo previsto en el párrafo segundo del artículo 5.6 del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, podrán solicitar la expedición de dicho título con plena validez profesional, siempre que hayan obtenido u obtengan la nacionalidad española, o de cualquier Estado miembro de la Unión Europea o del espacio económico europeo.

Disposición adicional cuarta.-Títulos de Especialistas extranjeros no homologados.

Los españoles y los nacionales de los Estados que hayan tenido o tengan una particular vinculación con España, que residan en el territorio nacional a la entrada en vigor del presente Real Decreto y que se encuentren en posesión de un título oficial de Médico Especialista expedido en uno de dichos Estados y no homologado en España, podrán acceder al título español de Médico Especialista de la misma especialidad por el procedimiento previsto en los artículos 1 a 3 de esta norma.

Sin perjuicio de la valoración por el tribunal de la formación especializada que en cada caso se acredite, la posesión de un título oficial de Médico Especialista de los previstos en el párrafo anterior, acreditará que el interesado cumple el requisito establecido en el artículo 1.1 b) de este Real Decreto.

Disposición adicional quinta.- Nueva redacción del artículo 5.6 del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero.

El apartado 6 del artículo 5 del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, queda redactado de la siguiente forma:

«6. Podrán concurrir a la prueba los nacionales de Estados no miembros de la Comunidad Europea o del espacio económico europeo, siempre que exista convenio de cooperación cultural entre España y el país de origen, que estén en posesión del título español de Licenciado en Medicina o de título extranjero homologado por el Ministerio de

Educación y Cultura. La Comisión Interministerial señalará en la oferta el número de plazas que podrán adjudicarse a los aspirantes de este grupo que hayan obtenido en la prueba selectiva puntuación total individual suficiente para solicitar la asignación, sin que dicho número pueda exceder del 10 por 100 del total de las convocadas en el sector público. En el supuesto de que existieran plazas docentes acreditadas que no fuesen dotadas económicamente por criterios de planificación o limitaciones presupuestarias, se dedicarán dichas plazas a facilitar formación continuada o complementaria a profesionales titulados».

Disposición derogatoria única.-Derogación normativa.

Queda sin efecto el sistema excepcional de acceso al título de Médico Especialista establecido por el Real Decreto 1776/1994, de 5 de agosto, por el que se regula el acceso a la titulación de Médico Especialista a determinados Licenciados en Medicina y Cirugía.

REAL DECRETO 1776/1994, POR EL QUE SE REGULA EL ACCESO A LA TITULACIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA A DETERMINADOS LICENCIADOS EN MEDICINA Y CIRUGÍA. (Derogado en la actualidad)

Artículo único.

Podrán solicitar la verificación de sus expedientes, con el fin de obtener el título de Médico Especialista, los licenciados en Medicina y Cirugía que hubieran accedido, con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, a una plaza de Especialista en Formación, convocada por alguna de las Administraciones públicas o instituciones sanitarias concertadas con éstas y que acrediten haber realizado, de modo ininterrumpido y bajo un mismo régimen docente, los años de formación establecidos para la correspondiente especialidad, mediante nombramiento, contrato o beca de carácter docente expedido por dicha Administración que implique relación profesional retribuida periódicamente con cargo a sus presupuestos. A estos efectos, la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente, a la vista de la documentación aportada por los solicitantes, emitirá un informe-propuesta sobre la concesión del título.

REAL DECRETO 853/1993, DE 4 DE JUNIO, SOBRE EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE MÉDICO DE MEDICINA GENERAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La Directiva 86/457/CEE, de 15 de septiembre, del Consejo de las Comunidades Europeas, sobre formación específica en Medicina General, establece la necesidad de dicha formación específica para el ejercicio de las funciones de médico general en los regímenes públicos de Seguridad Social de los distintos Estados miembros a partir del día 1 de enero de 1995.

A estos efectos, en cumplimiento de lo previsto en el apartado 2 del artículo 12 de la Directiva antes citada, el <Diario Oficial de las Comunidades Europeas>,

del día 24 de octubre de 1990, ha publicado la Comunicación de la Comisión 90/C 268/02, mediante la que se hacen públicas las denominaciones de los títulos acreditativos de la citada formación en los diversos Estados miembros. En España dicho título es el de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Regulada la formación en Medicina General a través del Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, sobre la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y una vez aprobados los Reales Decretos 683/1981 y 264/1989, de 6 de marzo de 1981 y 10 de febrero de 1989, respectivamente, por los que se regula la obtención de dicho título por diversos colectivos, queda por regular, de conformidad con las previsiones contenidas en la Directiva 86/457/CEE, los derechos adquiridos por los Licenciados en Medicina y Cirugía anteriores al 1 de enero de 1995 para ejercer las actividades propias de los médicos generales sin la formación específica exigida por dicha Directiva.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, vistos los informes emitidos por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 4 de junio de 1993,

DISPONGO :

Artículo 1.

Sin perjuicio del resto de los requisitos que, en cada caso, proceda, a partir del día 1 de enero de 1995, y conforme a lo previsto en el artículo 7.1 de la Directiva 86/457/CEE, será necesario, para desempeñar plazas de Médico de Medicina General en centros o servicios sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud, ostentar alguno de los siguientes Títulos, Certificados o Diplomas:

- a) El Título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria previsto en los Reales Decretos 3303/1978, de 29 de diciembre, y 127/1984, de 11 de enero.
- b) La Certificación prevista en el artículo 3 del presente Real Decreto.
- c) Los Títulos, Certificados o Diplomas a los que hace referencia el artículo 2.4 de la Directiva 86/457/CEE, cuya enumeración figura en la Comunicación 90/C 268/02, de la Comisión de las Comunidades Europeas y que hayan sido reconocidos por el Ministerio de Educación y Ciencia.
- d) El Certificado expedido por las autoridades competentes de los Estados miembros de las Comunidades Europeas al que se refiere el artículo 7.4 de la Directiva 86/457/CEE, acompañado del reconocimiento correspondiente por parte del Ministerio de Educación y Ciencia.

Artículo 2.

1. De conformidad con lo previsto en el artículo 7.2 de la Directiva 86/457/CEE, los españoles y los nacionales del resto de los Estados miembros de la Comunidad Europea que hayan obtenido el Título español de Licenciado en Medicina y Cirugía o cumplan las condiciones necesarias para su expedición antes del 1 de enero de 1995 tendrán derecho, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, a ejercer, sin Título de Médico Especialista en

Medicina Familiar y Comunitaria, las actividades propias de los médicos de medicina general.

2. Asimismo, serán titulares del derecho que se cita en el apartado anterior los españoles y los nacionales del resto de los Estados miembros de la Comunidad Europea establecidos como médicos en España antes del 1 de enero de 1995, siempre que, en ambos casos, estén en posesión, antes de dicha fecha, de cualesquiera de los Títulos de Médico que se relacionan en el artículo 3 de la Directiva 75/362/CEE, de 16 de junio, y dicho Título haya sido reconocido por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Artículo 3.

1. De conformidad con lo previsto en los artículos 7.4 y 8.2 de la Directiva 86/457/CEE, los médicos a los que se refiere el artículo 2 podrán solicitar una certificación acreditativa de encontrarse en la situación de hecho prevista en dicho artículo, a efectos del ejercicio del derecho a desempeñar, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, las actividades propias de los médicos de medicina general.

2. Las certificaciones a las que se refiere el apartado anterior serán expedidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

3. El Ministerio de Sanidad y Consumo remitirá al de Educación y Ciencia, con una periodicidad anual, relación de los médicos que hayan obtenido la citada certificación.

Artículo 6.

1. Las solicitudes de certificaciones se resolverán según el orden de entrada en el registro del centro administrativo donde se hubiesen presentado.

2. Las certificaciones se expedirán en el plazo de ocho meses desde la presentación de la solicitud, procediéndose a su entrega a través de los servicios territoriales del Ministerio de Sanidad y Consumo que se correspondan con los domicilios que figuren en las solicitudes. A estos efectos, los solicitantes serán responsables de notificar por escrito cualquier cambio que se produzca en el domicilio que hayan hecho constar en las solicitudes.

Cuando el número de solicitudes impida resolver en el plazo antes citado, éste podrá ampliarse de conformidad con lo establecido en el artículo 42.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3. Las resoluciones desestimatorias serán motivadas, con indicación de los recursos que procedan. La falta de resolución expresa en el plazo previsto en el número anterior, que no eximirá de la obligación de resolver en los términos establecidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, tendrá carácter desestimatorio.

Contra las resoluciones de la Dirección General de Ordenación Profesional, que no ponen fin a la vía administrativa, se podrá interponer recurso ordinario ante el Secretario general de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, en los términos previstos en la citada Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Texto de la certificación

El Director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo,

Habiendo comprobado que el interesado reúne los requisitos establecidos en el artículo 7.2 de la Directiva 86/457/CEE, de 15 de septiembre, del Consejo de las Comunidades Europeas, y en el artículo 2 del Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, expide el presente

CERTIFICADO

que acredita que

Don ... está habilitado para desempeñar las funciones de Médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud español, así como en los sistemas públicos de Seguridad Social de los demás Estados miembros de las Comunidades Europeas.

Madrid,

El Director general,

El interesado,

B) CONOCIMIENTOS QUE DEBE POSEER

Presentamos tres “programas” de conocimientos necesarios para el ejercicio de la Medicina de Familia: un extracto del programa docente de la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, actualmente en vigor (hay una nueva propuesta que ha iniciado ya su andadura legal, y que se puede consultar en la página de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, www.semfy.com), el programa del curso de perfeccionamiento (“nivelación”) del RD 264/1989, y la regulación de la formación necesaria para la obtención por la vía excepcional del RD 1753/1998 del título de Medicina Familiar y Comunitaria.

PROGRAMA DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

IV. Tareas del medico de familia

Este programa se ha elaborado en base a TAREAS, en contraposición a los anteriores, que se referían a contenidos.

En relación al perfil profesional del futuro especialista en Medicina Familiar y Comunitaria se establecen una serie de tareas, que son lo que el residente debe ser capaz de realizar al finalizar su período de formación.

Estas tareas se han dividido en cinco grandes grupos, desarrollándose posteriormente junto con sus componentes.

Los objetivos docentes se clasifican según el dominio del proceso intelectual considerado:

campo afectivo: las actitudes (saber estar);

campo sensitivomotor: la habilidad práctica (saber hacer);

campo cognoscitivo: los conocimientos (saber).

Entendemos por conocimientos los conceptos, hechos, criterios para la toma de decisiones y otros aspectos cognoscitivos de la tarea. Es la información necesaria para ejecutar la tarea. Se debería responder a las siguientes preguntas: «Tener la información precisa para...» o «Tiene que saber...».

Habilidades son los pasos requeridos para la ejecución de una actividad o tarea. Los procedimientos o técnicas, como los definen otros autores, pueden ser intelectuales (aplicación, análisis, síntesis, evaluación), manuales o motores (acciones del cuerpo y movimientos, destreza con las manos, coordinación motora, conducta no verbal) o sociales (conductas orales y no verbales de persona a persona o en grupo: entrevista, reuniones, etc.). Debe ser la continuación de «Saber ejecutar...» o «Tener la destreza..» o «Saber hacer...».

Actitud indica la disposición que se manifiesta en la conducta frente a personas, sucesos, opiniones o teorías. Son sentimientos, emociones o ideas de aceptación («importancia de cumplir») o rechazo («peligros del cumplimiento»). Para su elaboración debe continuar la frase «Tener la predisposición a..».

El logro de todos estos objetivos va dirigido a la competencia profesional del futuro especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Clasificación de las tareas del médico de familia

A) Tareas primarias del médico de familia. Componentes y competencias de cada tarea

1. Asumir y desarrollar las funciones del médico de familia y su papel en el sistema de salud.

1.1 Desempeñar las funciones y el rol del médico de familia.

1.2 Reconocer e influir en la interacción del médico/paciente/familia/comunidad/organización de la atención sanitaria.

1.3 Asumir el método científico en la práctica del médico de familia

2. Identificar y abordar la influencia de las características personales del médico de familia en el trabajo.

2.1 Reconocer y manejar la incertidumbre a la hora de tomar una decisión profesional.

2.2 Reconocer la influencia de la biografía y características personales en la situación profesional: relación con el paciente y con otros profesionales de la salud.

2.3 Asumir la interacción entre la vida privada y la organización de la práctica profesional para que mejore la relación entre ambas.

B) Tareas clínicas del médico de familia. Componentes y competencias de cada tarea

I. Realizar la entrevista clínica: anamnesis biopsicosocial.

1.1 Entrevista clínica (marco comunicativo, delimitar el/los motivos de consulta, resolución de la entrevista).

1.2 Cumplimentar una historia clínica en Atención Primaria (anamnesis general y específica de aspectos somáticos, psicológicos y sociofamiliares) .

2. Obtener el resultado de una exploración física adecuada.
 - 2.1 Decidir qué exploración realizar y con qué objetivos.
 - 2.2 Comunicar al paciente la exploración a realizar («acompañar la exploración»).
 - 2.3 Realizar adecuadamente la exploración.
 - 2.4 Procesar y analizar los datos de una exploración física.
 - 2.5 Registrar los datos de la exploración en la historia clínica.
3. Utilizar la tecnología diagnóstica de la consulta de Atención Primaria.
 - 3.1 Decidir qué exploración utilizar y con qué objetivos.
 - 3.2 Comunicar al paciente la exploración complementaria a utilizar.
 - 3.3 Utilizar adecuadamente el instrumento diagnóstico.
 - 3.4 Analizar los datos de una exploración con un instrumento diagnóstico en la consulta de Atención Primaria.
 - 3.5 Registrar los datos de una exploración con un instrumento diagnóstico en la historia clínica.
4. Identificar los problemas del paciente y orientar una hipótesis que describa y explique su realidad.
 - 4.1 Aplicar las características del proceso salud-enfermedad en la atención al paciente(etapas vitales, modelo biopsicosocial, historia natural del proceso e influencia familiar).
 - 4.2 Orientar una hipótesis diagnóstica.
 - 4.3 Formular una hipótesis de trabajo.
5. Elaborar un plan diagnóstico para corroborar las hipótesis establecidas .
 - 5.1 Seleccionar los procedimientos diagnósticos, en base a la pertinencia, validez y eficiencia.
 - 5.2 Procesar e interpretar la información suministrada por los procedimientos diagnósticos.
 - 5.3 Procesar e interpretar la información suministrada por el especialista consultado.
 - 5.4 Confirmar o rechazar una hipótesis de trabajo.
6. Adoptar con el paciente las decisiones más adecuadas al problema en función de los datos de la entrevista. La exploración física. Pruebas complementarias y las condiciones biopsicosociales del paciente.
 - 6.1 Adoptar una decisión clínica.
 - 6.2 Establecer el plan de acción.
 - 6.3 Proporcionar a los usuarios atención integrada adecuada a su edad y sexo (problemas de salud de la mujer, atención a niños y adolescentes, problemas de salud del anciano y atención al adulto).
 - 6.4 Proporcionar atención integrada a los individuos sanos o no, incluidos en grupos específicos de especial importancia (pacientes con problemas socioculturales, población trabajadora,...).

- 6.5 Atender al paciente terminal.
- 6.6 Prestar atención integrada a los problemas de salud mental.
- 6.7 Atender a pacientes con demandas y problemas agudos frecuentes en Atención Primaria.
- 6.8 Atender a pacientes con enfermedades y problemas de salud crónicos frecuentes en Atención Primaria.
- 6.9 Atender a pacientes con enfermedades y problemas poco comunes en Atención Primaria pero con implicaciones diagnósticas o terapéuticas importantes.
- 6.10 Atender a pacientes con problemas urgentes.
- 6.11 Atender a pacientes con problemas familiares.
- 7. Realizar un seguimiento y evaluación del paciente según criterios aceptados por la comunidad científica.
- 7.1 Utilizar el sistema de registro e información en Atención Primaria de Salud.
- 7.2 Evaluar el cumplimiento de la intervención.
- 7.3 Valorar las consecuencias de la intervención.
- 7.4 Realizar actividades de garantía de calidad de la intervención y entrevista clínica.
- 8. Desarrollar un plan de rehabilitación/reinserción conjuntamente con otros profesionales sociosanitarios. El paciente y su familia.
- 8.1 Participar en la rehabilitación/reinserción de pacientes con problemas agudos.
- 8.2 Participar en la rehabilitación/reinserción de pacientes y su familia con problemas crónicos.
- 9. Asegurar la continuidad en la atención al paciente y su familia en el centro de salud, en el domicilio y otras instituciones sanitarias y comunitarias .
- 9.1 Asumir la continuidad de la atención al paciente en todas las etapas de la vida.
- 9.2 Asumir y garantizar la continuidad de un mismo proceso.
- 10. Explicar claramente y acordar con el paciente y su familia las medidas diagnósticas y de intervención en cada fase del proceso.
- 10.1 Valorar las expectativas del médico, el paciente y su familia.
- 10.2 Valorar conjuntamente con el paciente y su familia las estrategias y consecuencias del plan de acción.
- 10.3 Responsabilizar al paciente y su familia en el proceso (autocuidados).
- 11. Gestionar el tiempo y los recursos de atención destinados al individuo y su familia adecuadamente. En cada una de las fases del proceso y conjuntamente con el resto del equipo.
- 11.1 Usar el tiempo de forma apropiada en la consulta.
- 11.2 Usar el tiempo de forma apropiada en la práctica global del médico de familia.

- 11.3 Utilizar los recursos a disposición del médico de familia.
- 11.4 Utilizar la epidemiología clínica en cada una de las fases del proceso .
- C) Tareas de atención a la familia
 - 1. Identificar la relación o influencia familia/paciente.
 - 1.1 Abordar a la familia como una unidad de atención.
 - 1.2 Determinar los condicionantes familiares en los problemas de salud del paciente y viceversa.
 - 2. Atender los problemas de la familia comunes en Atención Primaria de Salud.
 - 3. Garantizar la continuidad de la atención a las familias.
- D) Tareas comunitarias del médico de familia
 - 1. Recopilar y presentar datos existentes sobre la comunidad.
 - 2. Identificar los problemas de salud comunitarios.
 - 3. Priorizar las actuaciones del equipo.
 - 4. Estudiar la distribución y determinación de una necesidad de salud de la comunidad.
 - 5. Diseñar un programa comunitario.
 - 6. Desarrollar actividades en atención primaria de los programas de salud comunitaria específicos.
 - 7. Mejorar la salud de la comunidad mediante la educación y participación comunitaria.
 - 8. Diseñar y manejar un sistema de registro para la toma de decisiones en Atención Primaria de Salud.
- E) Tareas de soporte o apoyo al médico de familia
 - 1. Garantizar la calidad de la atención prestada.
 - 2. Promover y mantener la competencia profesional: investigación en Atención Primaria de Salud (clínica, epidemiológica, social y operacional).
 - 3. Promover y mantener la competencia profesional: formación en medicina familiar y comunitaria.
 - 3.1 Actualizar la competencia profesional continuamente (formación continuada).
 - 3.2 Participar en la formación pre y postgrado del médico de familia.
 - 3.3 Colaborar en la docencia de otros profesionales de Atención Primaria de Salud.
 - 4. Trabajar en equipo y cooperar con otros profesionales relacionados con el proceso salud-enfermedad.
 - 4.1 Trabajar en equipo en Atención Primaria de Salud (APS).
 - 4.2 Establecer derivaciones, interconsultas y cooperar con otros especialistas sanitarios (coordinación con otros niveles del sistema sanitario).

4.3 Consultar, derivar y cooperar con otros profesionales y responsables sociosanitarios (servicios sociales, medioambientales, ayuntamientos, . . .).

4.4 Participar en organizaciones científicas y profesionales.

5. Organizar la práctica del médico de familia en APS.

6. Considerar la ética médica y la legislación vigente en la actuación del médico de familia.

6.1 Aplicar la legislación vigente en la actuación del médico de familia.

6.2 Considerar la ética médica en la actuación del médico de familia.

V. Areas docentes

Independientemente de las características concretas del programa de Medicina Familiar y Comunitaria de cada unidad docente, determinadas por la situación y disponibilidad de los medios humanos y materiales necesarios para impartirlos, al iniciar el desarrollo de las distintas áreas docentes que lo componen es imprescindible establecer claramente algunos puntos fundamentales:

El objetivo primordial del programa de Medicina Familiar y Comunitaria es formar médicos de Atención Primaria expertos en la atención a los procesos de salud y enfermedad propios de este nivel del sistema sanitario y que para ello han de tener una sólida formación clínica junto con conocimientos y habilidades suficientes en los terrenos de la Medicina familiar y la Medicina comunitaria, que les permita, por un lado, ampliar el enfoque de la atención a los procesos citados

al ámbito familiar y comunitario y, por otro, trabajar y comunicarse eficazmente con otros profesionales ligados a la Atención Primaria de Salud.

Es imprescindible que el aprendizaje en las distintas áreas docentes del programa se realice de forma integrada-y secuencial desde su inicio, permitiendo al profesional en formación ir aplicando en su actividad diaria los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas. Esta afirmación implica el desarrollo simultáneo desde el primer año de actividades docentes clínicas, de Medicina familiar y de Medicina comunitaria, de tal forma que todas se beneficien entre sí y representen el enfoque práctico de los problemas de salud que realiza el médico residente tanto durante su estancia en el hospital como en los centros de salud.

Es indudable el papel principal del centro de salud en la gestión del programa así como en la impartición de la docencia en sus distintas áreas. La enseñanza en el ámbito hospitalario ha de ser complementaria a la realizada en el de Atención Primaria y estar diseñada de acuerdo con los objetivos y prioridades de ésta.

Es necesario, dada la diversidad de los contenidos y de los ámbitos de formación en Medicina Familiar y Comunitaria, una coordinación eficaz de las distintas áreas docentes con el fin de que no se produzcan desviaciones importantes en los objetivos, así como para lograr su integración y engranaje en el tiempo total de duración del programa evitando una configuración en bloques de aprendizaje independientes entre sí. En este aspecto el papel que han de jugar el coordinador, los tutores de los centros de salud y los técnicos de salud es fundamental.

El desarrollo de una parte importante del programa en hospitales con elevados grados de especialización y tecnificación y que, por tanto, atiende en muchos casos a pacientes con patologías complejas y/o infrecuentes en Atención Primaria, obliga definir clara y taxativamente los objetivos del aprendizaje en cada uno de los servicios hospitalarios. En este sentido el control del coordinador de la unidad docente y del tutor hospitalario es básico y deben de estar perfectamente

informados de la situación del aprendizaje en los distintos servicios.

La elección de las distintas áreas docentes del programa se han realizado tras un análisis amplio y minucioso de la experiencia internacional en la formación post-graduada en Medicina Familiar y Comunitaria con las adaptaciones lógicas a las características y necesidades del «rol» profesional del médico de Atención Primaria en España.

De acuerdo con estos criterios conviene precisar que existen cuatro áreas docentes: general, atención al individuo, familiar y comunitaria, que confluyen en un punto, los centros de salud, donde se ponen en práctica las habilidades y conocimientos que configuran el currículum de dichas áreas (Tabla I).

TABLA I Areas docentes y tareas incluidas en cada área

General	Atención al individuo	Medicina familiar	Medicina comunitaria
<p>Tareas primarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funciones del médico de familia características personales del médico de familia. <p>Tareas de soporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantía de calidad de la atención. - Investigación en APS. - Formación en M.F.y C. - Trabajo en equipo. - Organización práctica del médico de familia en APS. - Ética médica y legislación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica. - Exploración física adecuada. - Tecnología diagnóstica de la consulta de APS. - Identificación de problemas y orientación de hipótesis. - Plan diagnóstico. - Adopción de decisiones. - Realización de seguimiento y evaluación. - Plan de rehabilitación. - Continuidad con la atención. - Negociación con el paciente. - Gestión del tiempo y recursos. - Epidemiología clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de relación familia/paciente. - Atender los problemas de la familia comunes en APS. - Garantía de continuidad de atención a las familias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de problemas y necesidades de salud comunitaria. - Priorización de actuaciones. - Estudio de distribución y determinantes de una necesidad de salud. - Diseño de un programa comunitario. - Desarrollo de actividades en APS: programa de salud. - Educación para la salud y participación comunitaria. - Diseño de sistemas de registro.

En el área general se incluyen las tareas primarias y de soporte, con el módulo de «Introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria» y los módulos docentes: «Metodología de la investigación», «Organización de los centros de salud» y «Evaluación y garantía de calidad en APS». En el área de atención al individuo (clínica), el módulo de urgencias y resucitación cardiopulmonar, los conocimientos y habilidades en Medicina Interna y especialidades médicas, Pediatría, Obstetricia y Cirugía, etc. En el área de Medicina Familiar y

Sociología de la salud, los conocimientos de la práctica familiar y los elementos de la Sociología médica necesarios en la especialidad. Por último en la comunitaria, las tareas que permiten al especialista conocer la realidad: diagnóstico de salud de la

comunidad, para poder intervenir: programas de salud comunitarios.

El aprendizaje de las materias que conforman las distintas áreas se realizará a lo largo de los tres años de formación, utilizando distintos lugares de aprendizaje y diversos métodos docentes.

Lugar de aprendizaje y distribución en el período de formación de las distintas áreas docentes

Los tres espacios para la formación del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria son el centro de salud, las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias y los servicios del hospital. El lugar fundamental del aprendizaje es el centro de salud. El tiempo que ocupará la formación dentro de las áreas docentes que configuran el programa, destacando que de los 33 meses lectivos de formación necesaria para la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, la mitad tienen lugar en el hospital y otros servicios extrahospitalarios y la otra mitad en los centros de salud.

REAL DECRETO 264/1989, DE 10 DE FEBRERO, POR EL QUE SE DESARROLLA EL CURSO DE PERFECCIONAMIENTO PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Esquema de programa de formación teórico-práctica

PROGRAMA TEÓRICO

Duración total ciento cincuenta horas lectivas

1. Área clínica (duración total ochenta horas lectivas):

1.1 Habilidades, conocimientos y aptitudes en relación con los programas clínicos de Atención Primaria de salud.

1.1.1 Programa infantil.

1.1.2 Programa escolar.

1.1.3 Programa de atención a la mujer.

1.1.4 Programa de adulto.

1.1.5 Programa del anciano.

1.2 Criterios diagnósticos de derivación a otro nivel y actualización terapéutica de los problemas más comunes a demanda del médico de familia.

2. Área de salud pública y medicina comunitaria (duración total setenta horas lectivas):

2.1 Introducción a la atención primera de salud.

2.2 Epidemiología.

2.3 Demografía.

2.4 Estadística sanitaria.

2.5 Educación sanitaria.

2.6 Diagnostico de la situación de salud de la comunidad. La programación en Atención Primaria.

2.7 Investigación, docencia y control de Atención Primaria.

PROGRAMA PRACTICO

1. Área de salud comunitaria:

1.1 La historia clínica en Atención Primaria.

1.2 Sistemas de información sanitaria SIS.

1.3 Análisis descriptivo y explotación del SIS en Atención Primaria.

1.4 Programas de salud en Atención Primaria.

2. Área clínica:

A) contenidos obligatorios: deberán cubrir en sus totalidad:

1. Exploración y valoración de gestantes.

2. Realización e interpretación sistematizada de ECG.

3. Interpretación radiológica.

4. Exploración y valoración de fondo de ojo.

5. Realización y valoración espirometrías.

6. Realización de sondajes vesicales.

7. Técnicas de cirugía menor: incisión y drenaje de abscesos; remoción de uñas; suturas de tronco, extremidades y cuero cabelludo con expreso aprendizaje de las técnicas de anestesia local; tratamiento de heridas y quemaduras.

8. Realización de sondajes nasogástricos.

9. Cateterizaciones vasculares:

En adultos y en niños.

10. Aplicación de tratamientos parenterales (subcutáneo; i.v.; i.m.).

B) contenidos opcionales: deberán cubrirse al menos 50 por 100.

1. Examen y valoración articular y técnicas de punción intraarticular. Realización de exploraciones sistematizadas de pacientes reumáticos.

2. Examen y valoración neurológica.

3. Exploración y valoración cardiopulmonar y vascular: cardiopulmonares sistematizadas, toma de pulsos y oscilometría.

4. Exploración y valoración ORL.

5. Examen y valoración proctológico.

6. Exploración y técnicas de examen ginecológicas. Tomas y valoraciones de muestras vaginales.

7. Técnicas de paracentesis.

8. Exploraciones oftalmológicas.
 9. Realización de taponamientos nasales posteriores.
 10. Fracturas y luxaciones: vendajes y férulas (elección, técnica, aplicación). Aplicación de inmovilizaciones temporales.
 11. Rehabilitación fisioterápica de pacientes respiratorios y rehabilitación motora de pacientes con ictus.
- El programa practico de una duración de tres meses debe realizarse mediante rotación por los centros y servicios sanitarios que determine la comisión a que hace referencia el artículo 5.

RESOLUCIÓN DE 26 DE MARZO DE 1999, DE LA SUBSECRETARÍA, POR LA QUE SE APLICA LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1.2 Y EN LA DISPOSICIÓN ADICIONAL QUINTA DEL REAL DECRETO 1753/1998, DE 31 DE JULIO, SOBRE ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SOBRE EL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

... Por ello, la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, a propuesta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, tras consulta con las sociedades científicas de Atención Primaria, oído el Consejo General de Colegios de Médicos y previo informe favorable de la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica del Ministerio de Educación y Cultura, resuelve:

Primero.-Aprobar el índice de materias y ámbitos, agrupados por áreas, que configuran el perfil profesional del Médico de Familia a efectos de las trescientas horas de formación complementaria exigidas por el artículo 1.2 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, así como la distribución de dichas horas entre las materias relacionadas en el citado índice, que se detalla a continuación:

1. Área general: Los interesados habrán de acreditar haber cursado un mínimo de cuarenta horas lectivas en total, en alguna/s de la/s materias que se citan a continuación:

- a) Funciones del Médico de Familia.
- b) Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud.
- c) Investigación en Atención Primaria de Salud.
- d) Trabajo en equipo y otras formas de organización de la práctica médica en Atención Primaria de Salud.
- e) Ética médica y legislación.
- f) Entrevista e historia clínica.
- g) Informática en Atención Primaria de Salud.

2. Área de atención al individuo: Los interesados habrán de acreditar haber cursado un total de doscientas diez horas lectivas distribuidas de la siguiente forma:

2.1 Cinco módulos diferentes, de una duración mínima de veinte horas cada uno de ellos sobre, al menos, tres materias distintas, relacionadas con las actividades asistenciales que se citan a continuación:

- a) Atención al niño.
- b) Atención a la mujer.
- c) Atención al anciano.
- d) Atención traumatológica y quirúrgica.
- e) Atención oftalmológica, otorrinolaringológica, urológica y dermatológica.
- f) Atención en salud mental.
- g) Exploraciones complementarias más utilizadas en Atención Primaria de Salud (radiología, electrocardiografía,...).
- h) Otras actividades asistenciales relacionadas con el Área de Atención al Individuo.

2.2 Ciento diez horas que serán de libre distribución entre la totalidad de los epígrafes relacionados en el apartado 2.1.

3. Área de atención a la familia: Los interesados habrán de acreditar haber cursado un mínimo de veinte horas lectivas en total, en alguna/s de la/s materias que se relacionan a continuación:

- a) Familia y salud.
- b) Relación familia/paciente.
- c) Exploración e intervención familiar en Atención Primaria de Salud.

4. Área de atención a la comunidad: Los interesados habrán de acreditar haber cursado un mínimo de treinta horas lectivas en total, en alguna/s de la/s materias que se relacionan a continuación:

- a) Análisis de la situación de salud de la comunidad.
- b) Diseño de un programa comunitario.
- c) Los programas de salud comunitarios.
- d) Educación para la salud.
- e) Los sistemas de registro en atención primaria de salud.

C) MEDIOS NECESARIOS

Intentar organizar aquí todos los recursos necesarios para las funciones propias de la especialidad, así como las generales (información al paciente, historia clínica, docencia e investigación...). Tener en cuenta la necesidad de recursos humanos (otros médicos del equipo, otras categorías), materiales (consulta, etc) e incluso no materiales (organización del tiempo, guardias...).

Aparte del material que ahora adjuntamos, hay elementos dispersos a lo largo del resto de los documentos que pueden ayudar en algunos puntos concretos.

LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD

Artículo 62.

1. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Areas de Salud se dividirán en zonas básicas de salud.

2. En la delimitación de las zonas básicas deberán tenerse en cuenta:

- a) Las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios.
- b) El grado de concentración o dispersión de la población.
- c) Las características epidemiológicas de la zona.
- d) Las instalaciones y recursos sanitarios de la zona.

Artículo 63.

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria.

Los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica; a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función.

Como medio de apoyo técnico para desarrollar la actividad preventiva, existirá un Laboratorio de Salud encargado de realizar las determinaciones de los análisis higiénico-sanitarios del medio ambiente, higiene alimentaria y zoonosis.

Artículo 64.

El Centro de Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.
- b) Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona.
- c) Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
- d) Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona.
- e) Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

Artículo 65.

1. Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud.

2. El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.
3. En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales.

Artículo 68.

Los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de Salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.

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

Art. 2. Centro de salud

1. El centro de salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En el desarrollo de sus actividades y funciones el equipo de atención primaria
2. En el medio rural podrá existir un consultorio local en cada una de las localidades restantes que constituyan la zona. Igualmente, en el medio urbano, cuando las condiciones lo aconsejen, podrán existir otras instalaciones diferenciadas dependientes del centro de salud
3. Los centros de salud contarán con una dotación de personal con las necesidades de cada zona, en los términos que expresa el artículo 8

Artículo 3.

1. El conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud recibe la denominación de Equipo de Atención Primaria.
2. El Equipo de Atención Primaria tiene como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud, y como localización física principal el Centro de Salud.
3. Componen o compondrán el Equipo de Atención Primaria:
 - (a) Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados de Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la zona.
 - (b) Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.

(c) Los Farmacéuticos titulares radicados en la Zona colaborarán con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma que se determine.

(d) Los Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.

(e) Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales

(f) El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro.

(g) En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los Equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse a los mismos otros profesionales.

(h) Los Equipos de Atención Primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección del Coordinador Médico.

Artículo 4. Del Coordinador Médico.

1. El personal del Equipo de Atención Primaria dependerá funcionalmente de un Coordinador Médico, el cual, sin perjuicio de desempeñar sus propias actividades, realizará las actividades específicas propias de su cargo, entre las cuales figurarán las de relación con los demás Servicios e Instituciones sanitarias y con la población.

2. El nombramiento, que en todo caso será por tiempo definido, recaerá sobre uno de los componentes del Equipo de Atención Primaria.

3. El Coordinador Médico armonizará los criterios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, tengan éstos vinculación estatutaria o funcionarial por su pertenencia a los Cuerpos Técnicos del Estado o al Servicio de la Sanidad Local.

Artículo 6. Jornada de trabajo.

1. La dedicación del personal integrado en los Equipos de Atención Primaria será de cuarenta horas semanales (*prevalece el Estatuto Jurídico del Personal Médico*) sin perjuicio de las dedicaciones que pudieran corresponder por la participación en los turnos de guardias, debiendo responsabilizarse de las peticiones de asistencia a domicilio y de las de carácter de urgencia, de conformidad con lo establecido en los Estatutos Jurídicos de Personal Médico y Auxiliar Sanitario de la Seguridad Social, y las normas que los desarrollan.

2. En el medio rural la atención se prestará en un tiempo de mañana y otro de tarde, en el Centro de Salud, Consultorios Locales y domicilio, tanto en régimen ordinario como de urgencia. Se establecerán turnos rotativos entre los miembros del Equipo para la asistencia de urgencia, centralizándose en el Centro de Salud durante todos los días de la semana.

Artículo 7. Coordinación de niveles.

Los Equipos de Atención Primaria desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel, lo que se determinará específicamente en las disposiciones de desarrollo de este Real Decreto.

Artículo 8. Del personal sanitario.

2. El número de médicos del Equipo de Atención Primaria estará en función de la población a atender. El número máximo de población adscrita a cada Médico General y Pediatra-Puericultor se establecerá en las disposiciones de desarrollo del presente Real Decreto.

3. La población atendida podrá ejercer el derecho a la libre elección de Médico dentro de la Zona de Salud, de acuerdo con las disposiciones normativas que se dicten en desarrollo del presente Real Decreto.

4. El número de personal sanitario auxiliar titulado se fijará teniendo en cuenta la población a atender. El resto del personal, que forma parte del Equipo de Atención Primaria, se fijará teniendo en cuenta las necesidades de su Zona de Salud.

Disposición final segunda.

En las Zonas de Salud donde coexista Servicio de Urgencia de la Seguridad Social, se procurará la necesaria coordinación y, en su caso, integración entre el mismo y el Equipo de Atención Primaria.

REAL DECRETO 1575/1993, POR EL QUE SE REGULA LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

Artículo 1.

Es libre la elección de médico general y pediatra de entre los existentes en la correspondiente área de salud. Cuando se trate de núcleos de población superiores a los 250.000 habitantes, la elección podrá realizarse entre los médicos generales y pediatras existentes en el conjunto de la localidad.

Artículo 3

3. Para las personas menores de siete años de edad podrá elegirse pediatra de entre los existentes en su territorio de elección. Para aquellos con edades comprendidas entre siete y catorce años se podrá optar entre los facultativos de medicina general o pediatría existentes, asimismo, en su territorio de elección. Para aquellos que tengan una edad igual o superior a catorce años se podrá elegir entre los facultativos de medicina general incluidos en su territorio de elección.

Artículo 4.

En aquellas zonas básicas de salud en las que no exista asignado pediatra por su escasa población infantil, la elección para las personas de hasta catorce años de edad podrá realizarse:

- (a) Entre los médicos generales destinados en la zona básica de salud.
- (b) Entre los pediatras existentes en el área de salud.
- (c) Entre los pediatras del núcleo en que resida el paciente o usuario, si aquél supera los 250.000 habitantes.

Artículo 6.

Los facultativos de medicina general tendrán un número óptimo de personas, que estará comprendido entre 1250 y 2000.

A tal efecto, la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud fijará el número correspondiente a cada zona básica de salud, teniendo en cuenta el número de habitantes de ésta, los núcleos que comprenda, la distancia media al núcleo de cabecera, así como cualquier otra característica geográfica, demográfica o de otra naturaleza que condicione la accesibilidad de las personas a los servicios sanitarios.

Artículo 7.

Los facultativos de pediatría tendrán un número óptimo de personas asignadas que estará comprendido entre 1250 y 1500, según las características de la zona básica de salud relacionadas en el artículo anterior.

Artículo 8.

Los profesionales de medicina general y pediatría podrán rechazar asignaciones de nuevos usuarios en los siguientes casos:

- (a) Cuando el cupo de personas supere el número establecido como óptimo, según las características de la zona básica de salud.
- (b) Cuando el médico alegue alguna razón que por la Inspección de Servicios Sanitarios se considere justificada.
- (c) Cuando la persona con derecho a la asistencia sanitaria elija un facultativo no destinado en la zona básica de salud a la que pertenezca, en cuyo caso será necesaria la previa conformidad del profesional, con objeto de asegurar la atención domiciliaria.

Artículo 9.

En virtud de las características de las zonas básicas de salud, definidas conforme a lo establecido en el artículo 6, y sin perjuicio de respetar lo dispuesto en el artículo anterior, el número máximo de personas asignadas a los médicos generales y pediatras podrá rebasar hasta un 20 por 100, respectivamente, el número óptimo, siempre que se mantenga la calidad en los servicios de atención primaria, a juicio del Instituto Nacional de la Salud, cuya decisión negativa será motivada.

ESTATUTO DE PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

CAPITULO VII

Deberes, incompatibilidades y funciones

SECCIÓN 1. DEBERES E INCOMPATIBILIDADES

Artículo.- 53. Las obligaciones generales del personal Auxiliar Sanitario titulado y de las Auxiliares de Enfermería en relación con sus actividades profesionales respectivas se refieren fundamentalmente a los aspectos siguientes:

1. Higiene personal y el cuidado físico del paciente.
2. Pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas en que ayuden al Médico o que efectúen bajo su dirección.
3. Mantener en buenas condiciones el medio inmediato del paciente.
4. Proporcionar tranquilidad mental y paz espiritual al paciente.
5. Cuanto se relacione complementariamente con la rehabilitación del enfermo.

Artículo.- 54. Dichas obligaciones generales exigen en la práctica:

1. Prestar personalmente sus servicios a los beneficiarios de la Seguridad Social a cuya asistencia vengán obligados en razón del puesto que desempeñan en la misma.
2. Cumplir puntualmente las instrucciones que reciban reglamentariamente en relación con la disciplina, celo y competencia en el trabajo.
3. Las observancias del horario y permanencia establecido para las plazas que desempeñan.

Cumplimentar y dar curso a los documentos oficiales que se deriven del trabajo realizado, tramitándolos con arreglo a las instrucciones que reciban.

5. Contribuir a la elevación de la consideración humana y social de las relaciones con los enfermos, así como guardar las adecuadas consideraciones a todo el personal de la Institución en la que prestan sus servicios.

Artículo.- 55. 1. Todo el personal está obligado inexcusablemente a guardar el secreto profesional de modo absoluto y a todos los niveles.

2. Igualmente, el personal está obligado a vestir los uniformes o ropas de trabajo y a ostentar los distintivos que reglamentariamente le corresponda.

SECCIÓN 2ª FUNCIONES DE LAS ENFERMERAS Y AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS

Artículo.- 57 Las funciones a desarrollar por las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios, dentro de la Seguridad Social, serán realizadas en Instituciones Sanitarias abiertas y cerradas, Equipos de Atención Primaria o Servicios Jerarquizados de Medicina General o Pediatría-Puericultura de Instituciones abiertas.

Artículo.- 58. Las funciones correspondientes a las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios en las Instituciones abiertas serán:

1. Ejercer las funciones de auxiliar del Médico, cumplimentando las instrucciones que reciban del mismo en relación con el servicio.
2. Tener a su cargo el control de los archivos de historias clínicas, ficheros y demás antecedentes necesarios para el buen orden del servicio o consulta.
3. Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y, en general, cuantos aparatos clínicos se utilicen en la Institución, manteniéndolos limpios, ordenados y en condiciones de perfecta utilización.
4. Atender al paciente y realizar los cometidos asistenciales específicos y generales necesarios para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo o de las maniobras que el facultativo precise ejecutar, en relación con la atención inmediata en la consulta o servicio.
5. Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
6. Cumplimentar igualmente aquellas otras funciones que se señalen en los Reglamentos de Instituciones Sanitarias y las instrucciones propias de cada Centro, en cuanto no se opongan al lo establecido en el presente Estatuto.

Artículo.- 58 bis (*añadido con posterioridad*). Las Enfermeras y los Diplomados en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios de Atención Primaria prestarán, con carácter regular, sus servicios a la población con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario, así como a toda la población, en colaboración con los programas que se establezcan por otros Organismos y Servicios que cumplan funciones afines de Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social.

Conforme a su nivel de titulación centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud (28).

Artículo.- 60. La Jefatura de Enfermería dependerá de la Dirección de la Institución y tendrá las siguientes funciones:

- 1.- Proponer la organización y distribución del personal Auxiliar Sanitario, con atención preferente a su especialización.
- 2.- Dirigir la Unidad de Enfermería, velando por el adecuado cuidado de los enfermos.
- 3.- Velar por el mantenimiento de la disciplina, observar la conducta profesional y distribuir el trabajo de todo el personal de Enfermería, cuidando que se cumplan los horarios de trabajo del mismo.

- 4.- Analizar las actividades del personal de Enfermería en orden a la uniformidad del trabajo, elevación del nivel profesional y rendimiento del mismo.
- 5.- Mantener permanentemente informada a la Dirección de las actividades de la Unidad de Enfermería.
- 6.- Organizar y dirigir las reuniones del personal cualificado de Enfermería y señalar directrices al mismo.
- 7.- Promover y participar en programas de formación específicos.
- 8.- Instruir al personal de nuevo ingreso en la Unidad de Enfermería.
- 9.- Emitir los informes administrativos relacionados con su función.
- 10.- Cuantas misiones se le encomienden directamente por la Dirección, compatibles con su misión específica, y aquellas que se determinen en los Reglamentos de Régimen Interior, en cuando no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

SECCIÓN 3ª FUNCIONES DE LAS PRACTICANTES - AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS

Artículo.- 61 Las funciones de los Practicantes - Ayudantes Técnicos Sanitarios se realizan en zona médica de una determinada localidad, en las Instituciones Sanitarias abiertas y cerradas de la Seguridad Social y en los Servicios de Urgencia.

Artículo.- 62 Las funciones que corresponde desarrollar en una zona médica serán :

- 1.- Ejercer las funciones propias de su profesión, cumplimentando las instrucciones que reciban por escrito de los facultativos correspondientes, en relación con el servicio.
- 2.- La asistencia ambulatoria y domiciliaria, en la esfera de su competencia, de las personas protegidas por la Seguridad Social que les hayan sido asignadas. Los tratamientos podrán ser ordenados, por los Médicos de Medicina General que tengan asignado el Practicante - Ayudante Técnico Sanitario, por los especialistas correspondientes, y los facultativos de las Instituciones Sanitarias, así como por la Inspección de Servicios Sanitarios.
- 3.- La recepción y cumplimiento de los avisos para la asistencia a domicilio, de conformidad con las normas de ordenación de la asistencia. El número de asistencias a domicilio dentro de un mismo día y para la atención de un mismo enfermo, será como máximo de dos, correspondientes una al horario de la mañana y otra al de tarde.
- 4.- La aplicación de la medicación inyectable y la realización de las curas que, como consecuencia de una asistencia de carácter urgente, haya prescrito el Médico General, siempre que esta asistencia no corresponda al Servicio de Urgencia establecido en la localidad.
- 5.- La toma de muestras a domicilio para análisis clínicos cuando no exista Analista en la localidad y no se requiera la utilización de técnicas reservadas al personal medico.
- 6.- La eventual asistencia a los partos normales, siempre que no haya Matrona que pueda atenderles en la localidad de que se trate.

7.- Realizar la asistencia domiciliaria de urgencia, ordenada por el Médico, así como la de domingos y días festivos, en aquellas localidades donde no esté establecido el servicio de Urgencia.

8.- Cuando la consulta se realice en Institución Sanitaria de la Seguridad Social, se atenderá a todos los titulares y beneficiarios que acudan a la misma, con independencia de que pertenezcan o no a sus respectivos cupos.

9.- Aquellas otras que se les señalen y correspondan a su profesión y dentro de su zona.

Artículo.- 63. Los Practicantes - Ayudantes Técnicos Sanitarios, que presten sus servicios en Instituciones de la Seguridad Social o en Equipos de Atención Primaria o Servicios Jerarquizados de Medicina General o Pediatría - Puericultura, realizarán, respectivamente, y para cada modalidad, las mismas funciones de las Enfermeras y Ayudantes técnicos Sanitarios a que se refiere la sección 2.a del presente capítulo.

Artículo.- 64. Las funciones de los Practicantes - Ayudantes Técnicos Sanitarios los Servicios de Urgencia serán :

1.- Realizar las prestaciones sanitarias de urgencia que les sean ordenadas por los facultativos de la Seguridad Social.

2.- Complimentar durante los días festivos y domingos los tratamientos ambulatorios y domiciliarios que no deban demorarse o interrumpirse.

3.- Aquellas otras de urgencia que se les encomienden y correspondan a su categoría profesional.

SECCIÓN 4ª FUNCIONES DE LAS MATRONAS

Artículo.- 65. Las Matronas podrán ejercer sus funciones en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social o a domicilio.

Artículo.- 66. Las funciones que corresponde desarrollar en los Equipos Tocológicos que actúen en las Instituciones abiertas serán:

1.- Ejercer las funciones de ayuda al Médico, cumplimentando las instrucciones que reciba del mismo, del Director de la Institución y de la Subdirección Médica o Jefatura Provincial de Servicios Sanitarios, en relación con el servicio.

2.- Asistir a las consultas ambulatorias correspondientes al Equipo de Tología al que esté adscrita.

3.- Asistir a los partos y puerperios normales, de conformidad con las instrucciones que haya recibido de los especialistas, así como efectuar las prácticas de educación maternal que se establezcan, dentro de las Instituciones y excepcionalmente a domicilio, y la preparación psicoprofiláctica al parto.

4.- Realizar turnos de guardia en Institución cerrada que, de acuerdo con las necesidades del servicio, pueda establecer la Subdirección Médica o la Jefatura Provincial de Servicios Sanitarios, que se efectuará de forma que corresponda un número sensiblemente igual de turnos a cada Matrona. La duración de dichos turnos no será superior a doce horas semanales.

5.- A los efectos previstos en los números 2 y 4 del presente artículo, por la Subdirección Médica o Jefatura Provincial de Servicios Sanitarios, o, en su caso, por la Dirección de la Institución Sanitaria, se establecerán los

correspondientes turnos de rotación para que ambas funciones no se desempeñen simultáneamente por una misma Matrona.

6.- Cumplimentar, igualmente, aquellas otras funciones que se señalen en los Reglamentos de Instituciones Sanitarias y las instrucciones propias de cada Centro, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

Artículo.- 68. Las Matronas que presten servicio en Equipos Tocológicos, que no actúen en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, tendrán las funciones siguientes:

1.- Ejercer las funciones de ayuda al Médico, cumplimentando las instrucciones que reciban del mismo, y de la Subdirección Médica o Jefatura Provincial de Servicios Sanitarios en relación con el servicio.

2.- Asistir a los partos y puerperios normales, de conformidad con las instrucciones que hayan recibido de los especialistas, así como efectuar las prácticas de educación maternal que se establezcan con carácter ambulatorio y excepcionalmente a domicilio, así como la psicoprofilaxis del parto.

Artículo.- 69. Serán funciones de las Matronas que actúan en Servicios Sanitarios Locales:

1.- Ejercer las funciones de ayuda al Médico cumplimentando las instrucciones que reciba del mismo.

2.- La asistencia a los partos y puerperios normales, de conformidad con las instrucciones que haya recibido del Médico, así como efectuar las prácticas de educación maternal y preparación psicoprofiláctica al parto.

3.- La asistencia ambulatoria y domiciliaria en la esfera de su competencia de las personas protegidas por la Seguridad Social.

SECCIÓN 5ª FUNCIONES DE LOS FISIOTERAPEUTAS (32)

Artículo.- 70. Son funciones de los Fisioterapeutas la aplicación de tratamiento con medios físicos que por prescripción facultativa se prestan a los enfermos de todas las especialidades de Medicina y Cirugía donde sea necesaria la aplicación de dichos tratamientos, entendiéndose por medios físicos: Eléctricos, térmicos, mecánicos, hídricos, manuales y ejercicios terapéuticos con técnicas especiales en: Respiratorio, parálisis cerebral, neurología y neurocirugía, reumatología, traumatología y ortopedia, coronarias, lesiones medulares, ejercicios maternales pre y post-parto y cuantas técnicas fisioterápicas puedan utilizarse en el tratamiento de enfermos.

Estas funciones se prestarán a Instituciones abiertas y cerradas, siendo lugares de tratamiento las consultas y locales de rehabilitación, los gimnasios terapéuticos y a la cabecera del enfermo en los Centros de hospitalización.

Artículo.-71. Los Fisioterapeutas realizarán bajo la prescripción del Médico las funciones generales y específicas siguientes:

1.-Colaborar en las actividades deportivas de los pacientes en el plano de asesoramiento a los encargados de dichas funciones.

2.- Aplicar las prescripciones médicas cumplimentando las instrucciones que reciban en relación con la especialidad.

3.- Tener a su cargo el control de ficheros y demás antecedentes para el buen orden y funcionamiento del servicio.

4.- Vigilar la conservación y el buen estado del material que se utiliza en fisioterapia, así como de los aparatos, procurando que estén en condiciones de perfecta utilización.

5.- Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.

6.- Realizar las exploraciones manuales prescritas por el Médico.

7.- Complimentar igualmente aquellas otras funciones que se señalen en los Reglamentos de Instituciones Sanitarias y las instrucciones propias de cada Centro, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

SECCIÓN 8ª FUNCIONES DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA

Artículo.- 74. Corresponden las Auxiliares de Enfermería ejercer en general servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del Personal Auxiliar Sanitario Titulado. A tales efectos, se atenderán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del Departamento, Servicio donde actúen las interesadas, y en todo caso, dependerán de la Jefatura de Enfermería y de la Dirección del Centro.

Igualmente cumplirán aquellas otras funciones que se señalen en los Reglamentos de Instituciones Sanitarias y las instrucciones propias de cada Centro, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

Artículo.- 75. Las funciones de las Auxiliares de Enfermería en los Servicios de Enfermería serán:

1.- Hacer las camas de los enfermos, excepto cuando por su estado le corresponda al Ayudante Técnico Sanitario o Enfermera, ayudando a los mismos en este caso.

2.- Realizar el aseo y limpieza de los enfermos, ayudando al Personal Sanitario Titulado, cuando la situación del enfermo lo requiera.

3.- Llevar las cuñas a los enfermos y retirarlas, teniendo cuidado de su limpieza.

4.- Realizar la limpieza de los carros de curas y de su material.

8.- Clasificar y ordenar las lencerías de planta a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavadero y planta, presenciando la clasificación y recuento de las mismas, que se realizarán por el personal del lavadero.

9.- Por indicación del Personal Auxiliar Sanitario Titulado colaborará en la administración de medicamentos por vía oral y rectal, con exclusión de la vía parenteral. Asimismo podrá aplicar enemas de limpieza, salvo en casos de enfermos graves.

10.- Colaborar con el Personal Auxiliar Sanitario Titulado y bajo su supervisión en la recogida de los datos termométricos. Igualmente recogerán los signos que hayan llamado su atención, que transmitirá a dicho personal, en unión de las espontáneas manifestaciones de los enfermos sobre sus propios síntomas.

11.- Colaborar con el Personal Auxiliar Sanitario Titulado en el rasurado de las enfermas.

12.- Trasladar, para su cumplimiento por los Celadores, las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores.

13.- En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

Artículo.- 77. Las funciones de las Auxiliares de Enfermería en los Departamentos de Tocología serán:

1.- Recogida y limpieza del instrumental.

2.- Ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en las atenciones a las enfermas y en la limpieza de pulmotores, ventosas y demás aparatos.

3.- Acompañar a las enfermas y recién nacidos a los Servicios y plantas que les sean asignados, atendiéndolos y vigilándolos hasta que estén instalados en donde les corresponda.

4.- Vestir y desvestir a las embarazadas, así como el aseo y limpieza de éstas.

5.- Pasar a las camas a las parturientas, ayudadas por el Personal Auxiliar Sanitario Titulado.

6.- Cambiar las camas de las enfermas en los Departamentos de Dilatación, con la ayuda de la Matrona, cuando el estado de la enferma lo requiera.

7.- Poner y quitar cuñas y limpieza de las mismas.

8.- Colaborar con las Matronas en el rasurado de las parturientas y en la aplicación de enemas de limpieza.

9.- Cambiar las ropas de las camas y las compresas y ropas de las parturientas con la ayuda del Auxiliar Sanitario Titulado, cuando el estado de las enfermas lo requiera.

10.- En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

Artículo.- 80. En el Servicio de Admisión de Enfermos, las Auxiliares de Enfermería acampanarán a los enfermos a las plantas y servicios que les sean asignados, siempre que no sean trasladados en camillas, y, en general, realizarán todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario.

Artículo.- 82. Las funciones de las Auxiliares de Enfermería en la Farmacia serán:

1.- Colaborar con el personal Auxiliar Sanitario Titulado o Auxiliar de Farmacia en la ordenación de los preparados y efectos sanitarios.

2.- Contribuir al transporte de los preparados y efectos sanitarios siempre que su volumen y su peso no excedan de los límites establecidos en la legislación vigente.

3.- Atender a las demás relaciones de la Farmacia con las plantas de Enfermería y Departamentos y Servicios de la Institución.

4.- En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

Artículo.- 84. Las funciones de las Auxiliares de Enfermería en las Instituciones sanitarias abiertas serán:

- 1.- La acogida y orientación personal de los enfermos.
- 2.- La recepción de volantes y documentos para la asistencia de los enfermos.
- 3.- La distribución de los enfermos para la mejor ordenación en el horario de visitas.
- 4.- La escritura de libros de registro, volantes, comprobantes e informes.
- 5.- La limpieza de vitrinas, material e instrumental.
- 6.- La preparación de ropas, venda, apósitos y material de curas.
- 7.- Recogida de datos clínicos, limitados exclusivamente a los termométricos y a aquellos signos obtenidos por inspección no instrumental del enfermo, para cuya obtención hayan recibido indicación expresa de las Enfermeras o Ayudantes Técnicos Sanitarios, así como orientación del Médico responsable.
- 8.- Recogida de los signos y manifestaciones espontáneas de los enfermos sobre sus síntomas, limitándose a comunicarlos al Médico, Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario de quien dependan.
- 9.- En general, todas aquellas actividades que sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario.

Artículo.- 85. Queda prohibido a las Auxiliares de Enfermería la realización de los cometidos siguientes:

1. Administración de medicamentos por vía parenteral.
- 2.- Escarificaciones, punturas o cualquier otra técnica diagnóstica o preventiva
- 3.- La aplicación de tratamientos curativos de carácter no medicamentoso.
- 4.- La administración de sustancias medicamentosas o específicas, cuando para ello se requiera instrumental o maniobras cuidadosas.
- 5.- Ayudar al personal médico en la ejecución de intervenciones quirúrgicas.
- 6.- Auxiliar directamente al Médico en las consultas externas.
- 7.- En general, realizar funciones de la competencia del Personal Auxiliar Sanitario Titulado, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.
CIRCULAR: 5/90. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL
DE ENFERMERÍA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

El Real Decreto 137/84, sobre Estructuras Básicas de Salud, establece, en su Artículo 3º, punto 3A, que el personal de Enfermería integra los Equipos de Atención Primaria, y, en los Artículos 5º y 6º, define las funciones de los Equipos y la jornada de trabajo.

El Estatuto de personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, de 26 de abril de 1.973, en los Artículos 9.4, 10.4 y 58 bis, incorporados por Orden Ministerial de 14 de junio de 1.984, establece la modalidad de Atención Primaria para el profesional de Enfermería, e indica que prestará sus servicios a la población con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y que, conforme a su nivel de titulación, centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud.

La Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril, en su artículo 6º, apartados 2 y 3, resalta debidamente el papel de la educación sanitaria y de la prevención de las enfermedades, y, en su artículo 86, dispone que la labor del personal sanitario deberá organizarse de forma que se estimule en los mismos valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atenciones reparadoras de la enfermedad.

En la nueva Organización de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria, se constata la necesidad de unificar las líneas generales de organización y funcionamiento del personal de enfermería en los Equipos de Atención Primaria. Dicha organización debe garantizar que, además de las actividades que venían realizándose por la Enfermería (administración de tratamientos, extracción y recogida de muestras clínicas, realización de curas, sondajes, etc...), se lleven a cabo otras basadas en la promoción, participación ciudadana y administración de cuidados de salud, integrándose todos ellos en el marco del trabajo en equipo y participando en la toma de decisiones.

De acuerdo con la legislación expresada, la experiencia y la necesidad de marcar las líneas generales de actuación, esta Dirección General, haciendo uso de las facultades que tiene conferidas, ha resuelto establecer las siguientes

INSTRUCCIONES

1.- Deberán fijarse objetivos referentes al trabajo de enfermería, tanto por las Direcciones Provinciales (o, en su caso, Sector Sanitario), como por los Centros de Gestión de Atención Primaria, y para cada uno de los Equipos, debiendo ser precedido, en cada nivel, de un análisis de las tareas realizadas, eligiéndose metas alcanzables y la estrategia concreta para llevarlas a cabo en los diferentes programas y actividades que desarrollen el conjunto de los profesionales.

2.- A cada Enfermera de los Equipos de Atención Primaria se le deberá asignar una población fija y concreta, idealmente grupos familiares, debiéndose conseguir que los usuarios conozcan a su Enfermera, de la misma forma que identifican al médico que han elegido.

3.- Con el fin de evitar esperas y desplazamientos innecesarios al usuario, y para mejorar la coordinación entre la consulta médica y de enfermería, referidas a una misma población, ambas deben realizarse simultáneamente, y preferiblemente en espacios colindantes.

4.- Para poder llevar a cabo la instrucción tercera, se realizará una redistribución correcta de los espacios físicos y los horarios de consulta. Los diferentes despachos de consulta deben estar en función de la organización del Equipo y de la atención que se preste.

5.- Se potenciará la visita domiciliaria, sobre todo la realizada dentro de los diferentes programas y protocolos del Equipo. Esta actividad favorece la atención personalizada entre el Equipo y los usuarios, así como el conocimiento del medio donde viven.

Como mínimo, se realizará visita domiciliaria a:

- Puérperas y recién nacidos en el primer mes después del parto.
- Pacientes inmovilizados (ancianos, altas hospitalarias quirúrgicas, colostomizados, etc...).
- Enfermos terminales.
- Enfermos con tratamientos a domicilio que requieran especial supervisión: oxigenoterapia, sueroterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc...
- Control de crónicos discapacitados.

6.- En todos los Equipos de Atención Primaria deben establecerse criterios claros de derivación Médico-Enfermera y viceversa, así como los criterios de interconsulta. Se tendrá siempre en cuenta evitar desplazamientos innecesarios al paciente y a los profesionales.

No deben considerarse criterios de derivación, en consulta o domicilio, la toma de constantes y la cumplimentación de recetas, partes y trámites administrativos que se deriven de la actuación puntual de cada profesional.

Cada profesional, Médico o Enfermera debe realizar la carga administrativa que se derive de su propia actuación.

7.- Se considera una actividad de Enfermería en Atención Primaria la educación para la salud a individuos (Consulta y Domicilio) y a grupos (en la Comunidad y en el Centro de Salud). Como mínimo, toda/o Enfermera/o deberá realizar educación para la salud sobre los siguientes temas y grupos de población:

- Educación maternal, tanto pre como postparto.
- Alimentación e higiene durante el primer año de vida.
- Grupos de pacientes crónicos:
 - *Hipertensos
 - *Diabéticos
 - *Obesos
 - *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 - *Artrosis
 - *Otros
- Planificación familiar.
- Educación para la salud dirigida a evitar accidentes domésticos en niños y ancianos.
- Uso y abuso de tabaco y alcohol.
- Utilización de medicamentos.
- Higiene bucodental.

8.- La documentación derivada de las tareas se integrará y archivará en la historia clínica de cada persona, identificándose todos los casos el profesional que la realiza. Por lo tanto, no existirá una historia específica de Enfermería. Cada Equipo de Atención Primaria contará con un sistema de registro que permita el seguimiento y evaluación de las actividades de Enfermería.

9.- Los protocolos que se establezcan por los Equipos de Atención Primaria para la atención de problemas de salud frecuentes, sean o no parte de un programa, deberán explicitar las normas y procedimientos a realizar por los distintos profesionales del Equipo, y, en concreto, que deban llevarse a cabo por el personal de Enfermería, tanto en el Centro como fuera de él, (domicilios, escuelas, hogares de ancianos, etc...).

10.- Dentro del Programa de Formación Continuada de cada Equipo de Atención Primaria se contemplarán actividades de Enfermería que incluyan tanto la asistencia a Cursos, Jornadas y Congresos, como Sesiones, Reciclajes e interconsultas. En todo caso, se valorarán e integrarán en las necesidades de formación del conjunto de profesionales del Equipo.

11.- Las Direcciones de Sectorial y/o Gerencias de Atención Primaria garantizarán el material (según listado de material mínimo de Centros de Salud) imprescindible para el desarrollo correcto de. las actividades enunciadas en este documento.

12.- En el Reglamento de Régimen Interior de cada Equipo se indicará la organización del personal de Enfermería, incluyendo los tiempos diarios dedicados a consulta, (visita domiciliaria, trabajo con grupos de riesgo, actividades de educación para la salud, actividades específicas de formación, trabajo de programación y evaluación con el resto del Equipo, etc...). Esta organización deberá modificarse de forma progresiva. Dependiendo del grado de evolución del Equipo y deberá tener en cuenta las necesidades y accesibilidad de la población..

Se considera que a la Atención Directa de Enfermería (Consulta, visita domiciliaria, trabajo con grupos, ...) se deberá dedicar cinco horas de promedio diario, definiendo cada Equipo de Atención Primaria la distribución del tiempo en estos tres conceptos. Las horas restantes de la jornada laboral se dedicarán a trabajo con la comunidad, trabajo en el Equipo y formación.

13.- Las Direcciones de Sectorial y/o Gerencia de Atención Primaria, a través de los Coordinadores de Equipos de Atención Primaria y Responsables de Enfermería, garantizarán el cumplimiento de esta normativa, que entrará en vigor a partir del día siguiente a su remisión.

ESTATUTO DE PERSONAL NO SANITARIO AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

CAPITULO II

Clasificación del personal

Sección 1ª. Grupos, escalas y categorías

Artículo 5

El personal de plantilla de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social que ha de regirse por lo establecido en el presente Estatuto se integrará en los grupos que a continuación se indican:

- 1.- Personal técnico
- 2.- De Servicios Especiales.
- 3.- De oficio
- 4.- Subalterno.

Artículo 12.

Corresponde al personal de Servicios Especiales la realización de todas las labores propias de sus respectivos cometidos y de manera especial la ejecución de las misiones siguientes:

3.- Función administrativa:

Para el desarrollo de la función administrativa se establecen grupos administrativos dentro de las Instituciones Sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud.

1.- El personal se integrará en los grupos administrativos siguientes:

- a) Grupo Técnico.
- b) Grupo de Gestión.
- c) Grupo Administrativo,
- d) Grupo Auxiliar Administrativo.

2.- Las funciones específicas asignadas a cada uno de los grupos administrativos enumerados en el apartado anterior serán:

a) Grupo Técnico. El Grupo Técnico realizará las funciones de dirección, ejecución y estudio de carácter administrativo y económico de nivel superior que le sean encomendadas por la Dirección del Centro.

b) Grupo de Gestión. Sus funciones serán las de apoyo a los puestos de trabajo desempeñados por el personal técnico y de ejecución de aquellas funciones que le sean delegadas.

c) Grupo Administración. Las de carácter administrativo-sanitario, normalmente consideradas de trámite y colaboración no asignadas a los Grupos Técnico y de Gestión.

d) Grupo Auxiliar. Las de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución, así como las de Secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática.

Artículo 14

Al grupo de personal subalterno le corresponde realizar las siguientes misiones:

1. JEFES DE PERSONAL SUBALTERNO:

Le corresponde la ejecución de las siguientes misiones, sin perjuicio de las que independientemente puedan confiársele por el Director, Secretario General -en su caso- y Administrador de la Institución.

4. Vigilará personalmente la limpieza de la Institución.
5. Ejercerá el debido y discreto control de paquetes y bultos de que sean portadoras las personas ajenas a la Institución que tengan acceso a la misma.
6. Mantendrá el régimen establecido por la Dirección para el acceso de enfermos, visitantes y personal a las distintas dependencias de la Institución.
7. Cuidará del orden del edificio, dando cuenta al Administrador de los desperfectos o alteraciones que encuentre.

10 Realizará aquellas funciones de entidades análogas a las expuestas que les sean ordenadas por el Director o Administrador de la Institución.

2.- CELADORES:

Las funciones a realizar por los Celadores serán las siguientes:

1ª. Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores así como habrán de trasladar en su caso, de unos servicios a otros los apartados o mobiliario que se requiera.

2ª Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

3ª Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación , emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.

4ª Cuidarán. al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y untes de servicio en general.

5ª. Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.

6ª. Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.

7ª Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.

8ª Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.

9ª Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraren en la limpieza y conservación del edificio y material.

10ª Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en las instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.

11ª. Vigilarán asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.

12ª Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.

13ª Ayudarán, asimismo, a las Enfermeras y Ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón a sus dolencias para hacerles las camas.

14ª Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismo, atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicios o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.

15ª En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera.

16ª. En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras.

17ª Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por si mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las Supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.

18ª Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la enfermera o Ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.

19ª Ayudarán a las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.

22ª Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se están realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico o encargado de la asistencia del enfermo.

23ª También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

REAL DECRETO 347/1993, DE 5 DE MARZO, SOBRE ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS TERRITORIALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD.

Artículo 5. Funciones de la Gerencia de Atención Primaria.

Corresponde al Gerente de Atención Primaria:

1. La organización de la actividad asistencial de los servicios sanitarios adscritos a su ámbito de actuación.
2. La dirección, control y gestión del funcionamiento de los servicios y actividades de la asistencia primaria.
3. El cumplimiento del programa anual de objetivos y presupuestos fijados con la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud.
4. Cuantas otras le sean encomendadas por sus órganos superiores.

Artículo 6. Estructura de la Gerencia de Atención Primaria.

1. Existirá una Gerencia de Atención Primaria en cada una de las Areas de Salud delimitadas por las Comunidades Autónomas, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

2. La Gerencia de Atención Primaria contará con un gerente de atención primaria y la estructura necesaria para responder a las funciones asignadas, de acuerdo con las características específicas del territorio provincial y de la complejidad de los servicios sanitarios.

3. Dicha estructura contará con:

a) El director médico de atención primaria que organizará la actividad asistencial de los servicios sanitarios de atención primaria, a través de los coordinadores de equipos de atención primaria.

Cuando las necesidades así lo aconsejen, la Gerencia y la Dirección Médica podrán estar unificadas en un sólo órgano.

b) El coordinador del equipo de atención primaria, que mantendrá sus funciones de médico asistencial, ejercerá la dirección de los recursos y servicios que el equipo de atención primaria preste a la población asignada.

NE: En ordenamientos complementarios se reconocerán las figuras del coordinador de enfermería de EAP y de director y subdirector de enfermería en la Gerencia de AP

CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA (OMC)

CAPITULO XI.- RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Artículo 31.

1. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen precedencia los derechos del paciente.

2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al compañero o colega que es objeto de ataques o denuncias injustos.

3. Los médicos compartirán sin ninguna reserva, en beneficio de sus pacientes, sus conocimientos científicos.

4. Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.

5. La relación entre los médicos no ha de propiciar su desprestigio público. Las discrepancias profesionales han de ser discutidas en privado o en sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en estos conflictos.

6. No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio, de forma objetiva y con la debida discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional. Tampoco cuando el médico actúe dentro de los límites propios de la libertad de expresión

Artículo 32.

1. En interés del enfermo debe procurarse sustituir, cuando sea necesario, a un colega temporalmente impedido. El médico que haya sustituido a un compañero no debe atraer para sí los enfermos de éste.

2. El médico no interferirá en la asistencia que esté prestando otro compañero. No se considera interferencia la situación de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, quien le advertirá, sin embargo, del perjuicio de una dirección médica múltiple no consensuada

3. Cuando lo estime oportuno el médico propondrá al colega que considere más idóneo como consultor o aceptará al que elija el paciente. Si sus opiniones difirieran radicalmente y el paciente o su familia decidieran seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al paciente quedará en libertad para suspender sus servicios.

Artículo 33.

1. El ejercicio de la Medicina en equipo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas.
2. Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.
3. La jerarquía dentro del equipo asistencial deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección del grupo cuidará de que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opiniones profesionales. Y aceptará la abstención de actuar cuando alguno de sus componentes oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia.
4. Los Colegios no autorizarán la constitución de grupos profesionales en los que pudiera darse la explotación de alguno de sus miembros por parte de otros.

Artículo 34

1. El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los enfermos
2. El médico respetará el ámbito de las peculiares competencias de las personas que colaboran con él. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus responsabilidades específicas. Cuidará de que todos, teniendo como propósito común prioritario el bien del paciente, trabajen coordinadamente dentro del equipo asistencial.

LEY 25/1990, DEL MEDICAMENTO

Preámbulo

De acuerdo con la última orientación de las más modernas leyes del medicamento, la Ley dedica todo el Título Sexto al establecimiento de una serie de normas y principios sobre el uso racional de los medicamentos. Dada la amplitud, y hasta cierto punto heterogeneidad de lo establecido en este Título, sus preceptos participan y son reflejo unas veces de la competencia estatal sobre legislación farmacéutica, mientras que otras son calificados como normativa sanitaria básica, o como normas relativas al régimen económico de la Seguridad Social, teniendo presente siempre que, en cuanto al uso racional de los medicamentos deben garantizarse las condiciones de igualdad básica en el derecho a la protección de la salud proclamado en el artículo 43 de la Constitución.

Para la adecuada comprensión de este Título y de su contenido, es preciso tener en cuenta que bajo la denominación genérica de "uso racional de los medicamentos", concepto recientemente consagrado por la OMS, se engloban en la actualidad todo aquel conjunto de actividades que van destinadas no sólo a una adecuada utilización por el posible paciente del medicamento sino también, y sobre todo, medidas reguladoras de extremos como la formación e información, condiciones, establecimientos, forma e instrumentos de dispensación tanto al público como en Centros de atención sanitaria y formas

de posible financiación pública de los medicamentos. Se trata, en definitiva, de un conjunto de medidas y materias de ineludible regulación en una norma legal sobre medicamentos y que si bien dispares y diferentes entre sí, pueden no obstante, agruparse bajo la rúbrica dada a este Título por constituir ese uso racional un fin último al que, con independencia de otros, todas ellas responden.

Para lograr este objetivo, la Ley, partiendo de la consideración de que es un principio básico de la atención primaria a la salud el de disponer de estructuras de soporte técnico para la participación y colaboración de los profesionales sanitarios, adecuadamente formados en el uso racional de los medicamentos:

A) Establece el principio de potenciación de programas de formación universitaria y continuada de Farmacología y Farmacia Clínicas, así como el desarrollo de un adecuado sistema de información de medicamentos.

B) Regula los principios de las recetas médicas.

C) Impone las normas que han de regir la información y promoción dirigida a los profesionales sanitarios.

D) Impulsa la introducción de mejoras en la atención primaria, especializada y hospitalaria.

El Título Séptimo de la Ley instrumenta, a través de Comisiones Consultivas, la participación de los profesionales sanitarios al Sistema Nacional de Salud, de Investigación y Desarrollo y Docente en la evaluación y control de los medicamentos de acuerdo con la orientación ya marcada en la Ley General de Sanidad y en armonía con los países de la Comunidad Económica Europea que cuentan con una elevada tradición en este tipo de participación y coordinación necesarios para proteger la neutralidad de las decisiones y el aprovechamiento de los recursos.

TÍTULO VI. DEL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS.

CAPÍTULO I. DE LA FORMACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS Y DE LA RECETA.

Artículo 84. Actuaciones de las Administraciones Públicas.

1. Las Administraciones Públicas competentes en los órdenes sanitario y educativo dirigirán sus actuaciones a promover la formación universitaria y post-universitaria continuada y permanente sobre medicamentos de los profesionales sanitarios. En especial el fomento de la farmacología y la farmacia clínicas.

2. Las Administraciones Públicas sanitarias dirigirán sus actuaciones a suministrar información científica y objetiva sobre medicamentos a los profesionales sanitarios, que podrá referirse no solo al contenido de la ficha técnica a que se refiere el artículo 19 sino también a los estudios farmacológicos, toxicológicos y clínicos en los que se basó la autorización de comercialización.

3. Las Administraciones Públicas dirigirán sus actuaciones a impulsar la constitución de centros de información de medicamentos propios o en hospitales, en sociedades científicas, en Colegios Profesionales y demás entidades públicas o privadas.

4. La Comisión Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo, es el órgano colegiado asesor de las

Administraciones Públicas sanitarias en todo lo relacionado con la utilización racional de los medicamentos y productos sanitarios y estará constituida por expertos de reconocido prestigio.

5. Las Administraciones Públicas sanitarias realizarán programas de educación sanitaria sobre medicamentos dirigidos al público en general.

6. Las Administraciones Públicas sanitarias promoverán la publicación de guías farmacológicas para uso de los profesionales sanitarios.

Artículo 85. Receta.

1. La receta, como documento que avala la dispensación bajo prescripción facultativa y válido para todo el territorio nacional, se editará en la lengua oficial del Estado sin perjuicio de las lenguas oficiales de cada Comunidad Autónoma.

2. Las recetas y órdenes hospitalarias de dispensación deberán contener los datos básicos de identificación de prescriptor, paciente y medicamentos.

3. En las recetas y órdenes, el facultativo incluirá las pertinentes advertencias para el farmacéutico y las instrucciones para la mejor observancia del tratamiento.

4. El Gobierno podrá regular con carácter básico lo dispuesto en los números anteriores y establecer la exigencia de otros requisitos que por afectar a la salud pública o al sistema sanitario hayan de ser de general aplicación en las recetas u órdenes hospitalarias.

5. Los trámites a que sean sometidas las recetas y órdenes médicas y especialmente en su tratamiento informático, respetarán lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad.

CAPÍTULO III. DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

Artículo 87. Funciones para garantizar el uso racional del medicamento en la atención primaria.

Se consideran funciones que garantizan el uso racional de los medicamentos en la atención primaria a la salud las siguientes:

- a) Elaboración de protocolos y pautas farmacoterapéuticas.
- b) Transmisión de información sobre medicamentos a los profesionales sanitarios.
- c) Información sobre la medicación a los pacientes, seguimiento de los tratamientos y farmacovigilancia.
- d) Colaboración con los hospitales, y servicios de atención especializada.
- e) Impulso y participación en la educación de la población sobre medicamentos, su empleo racional y la prevención de su abuso.
- f) La custodia y correcta conservación de los medicamentos a su cargo.
- g) La dispensación de medicamentos a los pacientes por un farmacéutico o bajo su supervisión, con plena responsabilidad profesional y de acuerdo con la prescripción, o según las orientaciones de la ciencia y el arte farmacéutico en el caso de los autorizados sin receta, informándoles, aconsejándoles e instruyéndoles sobre su correcta utilización.

h) Elaboración y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales, garantizando su calidad con arreglo a lo dispuesto en la presente Ley.

REAL DECRETO 1910/1984, DE 26 DE SEPTIEMBRE, BOE DEL 29 DE OCTUBRE, DE RECETA MÉDICA.

Artículo 1. Definición y ámbito.

1. Se entiende por receta médica el documento normalizado por el cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por las farmacias.

2. La receta médica constará de dos parte: el cuerpo de la receta, destinado al farmacéutico, y el volante de instrucciones para el paciente.

3. Quedan sujetas a lo dispuesto en este Real Decreto toda clase de recetas que extiendan los médicos, comprendidas las que se utilicen en los hospitales, centros sanitarios y servicios médicos de las Administraciones Públicas, incluido el Instituto Nacional de la salud y demás Entidades Gestoras de la Seguridad Social, servicios sanitarios e Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Mutualidad de Funcionarios y demás Entidades, establecimientos o servicios similares, públicos o privados, sin perjuicio de las peculiaridades que, en su caso, proceda establecer.

Artículo 2. Obligtoriedad de dispensación con receta.

1. La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios fijará los medicamentos que hayan de dispensarse con o sin receta.

2. En el envase o cartonaje exterior y en el prospecto las especialidades farmacéuticas incluirán la leyenda "con receta médica" o "sin receta médica" según proceda, y las demás frases, signos y símbolos que con fines de identificación y preventivos exige la legislación vigente. Los signos y símbolos también deberán figurar en la etiqueta.

Artículo 3. Recetas especiales.

1. Las recetas de los medicamentos estupefacientes o psicotrópicos se ajustarán a las condiciones particulares que determina su legislación especial. El desarrollo normativo de dichas condiciones se efectuará por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo. *(NE: regulado por Orden de 25 de abril de 1994)*

2. Las recetas médicas de los servicios de las Administraciones Públicas, incluidos el Instituto Nacional de la Salud y demás Entidades oficiales mencionadas en el párrafo 3.º del artículo 1.º reunirán, además de lo establecido en el presente Real Decreto, los requisitos que reglamentariamente se determinen. *(NE: regulado por distintas órdenes sucesivas, y actualmente por las CCAA).*

3. Las recetas u órdenes médicas que pudieran emplearse en el ámbito hospitalario serán objeto de regulación específica por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Artículo 4. Distribución de competencias.

1. Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo:

- a) Establecer los criterios generales de normalización de forma, tamaño y presentación de toda clase de recetas médicas y los plazos y condiciones para su implantación y aplicación.
- b) Establecer el modelo o modelos oficiales de receta especial para estupefacientes y sustancias psicotrópicas y regular los supuestos y requisitos para su utilización y control.
- c) Establecer el modelo o modelos oficiales de receta médica para la prestación farmacéutica de la Seguridad Social y regular los supuestos y requisitos para su utilización y control.
- d) Impulsar y coordinar las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación en materia de receta médica.
- e) Adoptar cuantas otras medidas sean necesarias para el mejor desarrollo y aplicación del presente Real Decreto.

2. Las Entidades, establecimientos o servicios a que se refiere el párrafo 3.º del artículo 1.º cuidarán especialmente la gestión, control e inspección de la impresión, distribución y entrega de sus talonarios e impresos de recetas médicas y pondrán los medios necesarios para evitar o corregir cualquier fraude, abuso, corrupción o desviación en esta materia.

3. Las organizaciones colegiales de médicos, farmacéuticos, odontólogos y estomatólogos en el ámbito de sus respectivas competencias para la ordenación de la actividad profesional de sus colegiados adoptarán las medidas oportunas para el debido cumplimiento de la normativa vigente en materia de receta médica, así como para ejercer, si resultare preciso, la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial.

Artículo 5. Confección, edición y distribución.

1. Los impresos y talonarios de recetas-médicas se confeccionarán con materiales que impidan o dificulten su falsificación.
2. Se ajustarán, en los plazos y formas que reglamentariamente se determinen, a los criterios de normalización y modelos oficiales que establezcan los organismos competentes.
3. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y el de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos, a través de los mismos podrán acordar la edición y distribución de impresos y talonarios normalizados de recetas médicas para el ejercicio privado de la profesión.
4. La edición y distribución de talonarios de recetas de estupefacientes y psicotrópicos se ajustará a las exigencias impuestas por su legislación específica.

Artículo 6. Obligación de conservación, custodia y utilización legítima.

1. La conservación, custodia y utilización de los impresos y talonarios de recetas médicas es responsabilidad del médico correspondiente desde el momento mismo de su recepción. Las instituciones en las que los médicos presten sus servicios pondrán los medios necesarios para que puedan observar puntualmente estos deberes.
2. La pérdida o sustracción de los impresos y talonarios de recetas será comunicada inmediatamente al Organismo o Entidad que los hubiere

entregado, recabando el oportuno justificante de haber realizado la comunicación.

3. En la conservación, custodia y utilización de impresos y talonarios de recetas para estupefacientes y psicotropos se observarán las obligaciones particulares establecidas en su legislación especial.

Artículo 7. Forma de la receta y datos a consignar.

1. El volante de instrucciones para el paciente será separable y claramente diferenciable del cuerpo de la receta destinado al farmacéutico, según las reglas de normalización que en su día apruebe el Ministerio de Sanidad y Consumo con arreglo a lo establecido en el artículo 4.º y que, por los procedimientos adecuados, simplificarán al máximo la tarea de los profesionales sanitarios.

2. En las dos partes que componen la receta médica deberá figurar o se consignará obligatoriamente:

a) El nombre y dos apellidos del médico prescriptor.

b) La población y dirección donde ejerza. La referencia a establecimientos instituciones u organismos públicos solamente podrá figurar en las recetas oficiales de los mismos.

c) El Colegio profesional al que pertenezca, número de colegiado y, en su caso, la especialidad oficialmente acreditada que ejerza.

3. En ambas partes de la receta se consignará igualmente como datos inexcusables para su validez:

a) El nombre y dos apellidos del paciente y su año de nacimiento.

b) El medicamento o producto objeto de la prescripción, bien bajo denominación genérica o denominación común internacional de la Organización Mundial de la Salud, cuando exista, o bajo marca con expresión de su naturaleza o características que sean necesarias para su inequívoca identificación.

c) La forma farmacéutica, vía de administración y, si procede, la dosis por unidad.

d) El formato o presentación expresiva del número de unidades por envase.

e) El número de envases que se prescriban.

f) La posología, indicando el número de unidades por toma y día y la duración del tratamiento.

g) El lugar, fecha, firma y rúbrica.

La firma y la rúbrica serán las habituales del facultativo quien las estampará personalmente y después de completados los datos de consignación obligatoria y escrita la prescripción objeto de la receta.

4. También se anotarán en el cuerpo de la receta las advertencias dirigidas al farmacéutico que el médico estime procedentes.

5. El médico consignará en el volante de instrucciones para el enfermo las que juzgue oportunas, además de los datos obligatorios de los números 2 y 3 de este artículo y, cuando lo estime oportuno y a su criterio, el diagnóstico o indicación diagnóstica.

6. Todos los datos e instrucciones se escribirán con claridad.

Artículo 8. Datos especiales.

Las recetas médicas que deban producir efectos adicionales distintos de los estrictamente asistenciales, tales como verificación, cuantificación, liquidación, tratamiento informático, comprobación u otros similares podrán incluir las referencias o datos que resulten oportunos y llevar anejas las copias pertinentes.

Artículo 9. Protección de la intimidad personal.

En los trámites a que sean sometidas las recetas médicas, y especialmente en su tratamiento informático, deberá quedar garantizada la confidencialidad de la asistencia médica y farmacéutica y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos.

Artículo 10. Número de medicamentos y ejemplares.

1. Cada receta médica podrá amparar uno o más productos, medicamentos o especialidades farmacéuticas y uno o más ejemplares de dichos productos, medicamentos o especialidades farmacéuticas, si bien no deberá superarse la cantidad correspondiente a su propia naturaleza o finalidad, ni, en todo caso, la correspondiente a un tratamiento de tres meses como máximo.

No obstante, las recetas médicas que hayan de surtir efectos ante los servicios de las Administraciones Públicas, incluido el Instituto Nacional de la Salud y demás Entidades oficiales mencionadas en el párrafo 3.º del artículo 1.º, podrán ser sometidas en este aspecto a las condiciones y limitaciones no sanitarias que determinen sus normas reglamentarias, previa conformidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. Las recetas médicas de estupefacientes y psicotropos se sujetarán, en este sentido, a su normativa específica.

Artículo 11. Plazo de validez.

El plazo de validez de las recetas médicas será de diez días naturales a partir de la fecha de la prescripción en ellas consignada. Una vez transcurrido este plazo, y salvo lo dispuesto en el artículo 13, no podrán solicitarse ni dispensarse medicamentos ni otros productos sanitarios contra su presentación.

Las recetas sólo serán válidas para una dispensación, salvo lo dispuesto para los tratamientos de larga duración en el artículo 13.

Artículo 13. Tratamientos de larga duración.

1. En los supuestos y forma que reglamentariamente se determine, una receta médica podrá justificar tratamientos de larga duración y utilizarse para varias dispensaciones. En estos casos, el plazo de validez de la receta de diez días, se computará desde la fecha de la prescripción consignada en la receta, hasta la primera dispensación. El límite máximo de tres meses establecido para cualquier tratamiento en el artículo 10, se observará en todo caso.

2. En estos tratamientos prolongados el farmacéutico en cada dispensación fraccionada, sellará, fechará y firmará la receta, indicando la dispensación parcial efectuada y la devolverá al paciente. Efectuada la última dispensación, el farmacéutico retendrá la receta de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.



Documentación recopilada por
mangel@cesm.org