Guía de Actuación de Enfermería:

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

2003

COMITÉ ASESOR

Teresa Beltrán Martínez
Teresa Caballero García
Jesús Delgado Ochando
Miguel Ángel Fernández Molina
Vicente Ferrandis Campos
Emilia Llorca Marqués
Pilar Ripoll Feliu
Antonio Ruiz Hontangas
Miguel Zaragoza Fernández

AUTORES

Mercedes Albaladejo Tello
Francisco Javier Ballesta López
Francisco Vicente Blanes Compañ
Catalina Cases Alarcón
Miguel Castells Molina
Manuela Domingo Pozo
Francisco Javier Gómez Robles
Nieves Izquierdo García
José Luis López Montes
Belén Payá Pérez
Mercedes Segura Cuenca
María Torres Figueiras

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer la colaboración desinteresada en la revisión de alguno de los procedimientos a:

Alicia Navarro Alcaraz
Amparo Herrero Belmonte
Esther Bonmatí Pérez.
Héctor Terol Royo
Josefa Martínez Cutanda
Mª Asunción Martínez Almira
Mª Ángeles Bonmatí Montiel.
Mª José Navarro Alcaraz
Mª Luisa López Mélida
Rosario Perales Pastor
Mª Dolores Sola Villalpando
Salvador Grau Gandía

Queremos agradecer la colaboración en la revisión de este Manual al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y el Sindicato de Enfermería de la Comunidad Valenciana (SATSE).

Finalmente,a los profesionales de enfermería de los hospitales de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana,cuya experiencia en la elaboración de este Manual nos ha enriquecido enormemente.

Edita: Generalitat Valenciana.Conselleria de Sanitat
© de la presente edición:Generalitat Valenciana,2003
© de los textos:Los autores.
Coordina: Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud.

Imprime: Impremta La Pobla Llarga,s.l. Tel.96 259 00 36

ISBN: 84-482-3614-9
Depósito Legal: V-4315-2003

PRESENTACIÓN

En los últimos años estamos asistiendo a importantes cambios que están afectando a la forma de entender la asistencia sanitaria.

En este contexto de evolución, procesos como la preocupación creciente por el concepto de calidad asistencial o por el trato que se le dispensa al paciente se han ido desarrollando paralelamente a la enfermería como profesión.

El personal de enfermería ha pasado a desempeñar una función importantísima en el sistema sanitario: se ha convertido en el interlocutor directo y el verdadero conocedor del sentir de enfermo, ejerciendo un papel cada vez más activo y de mayor responsabilidad en la estructura sanitaria.

Pero el camino iniciado por estos profesionales debe consolidarse. Para ello, los responsables sanitarios debemos seguir facilitando los medios necesarios para la mejora constante de sus facultades técnicas y laborales.

En este sentido,una de las formas de asegurar la calidad de los procedimientos y cuidados de los servicios sanitarios es diseñar una metodología de trabajo que permita estandarizar las intervenciones y actividades que se realizan en los mismos.

Mediante la protocolización de los procedimientos asistenciales, a través de

guías de actuación como la que presentamos en estas líneas, se establece un sistema dinámico de respuesta frente a situaciones clínicas puntuales.
De esta forma optimizamos el circuito asistencial e incrementamos el grado de confianza del profesional lo que se traduce, en definitiva,en una actuación sanitaria más eficiente y en una atención más satisfactoria para los pacientes.

Estoy seguro de que las recomendaciones recogidas en sus páginas, discutidas y consensuadas por los especialistas de nuestra Comunidad, condicionarán positivamente la forma de trabajar en este ámbito, ayudando al personal de la enfermería en su labor diaria.

Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanitat

PRÓLOGO

Los profesionales de enfermería de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad tienen encomendada la tarea de proporcionar a los ciudadanos de la Comunidad Valenciana unos cuidados individualizados y de calidad.

Aquellos otros que, en cambio, asumimos la responsabilidad de gestionar los servicios sanitarios, tenemos el deber de garantizar la equidad, la calidad y la eficiencia de la asistencia sanitaria. Para lograrlo debemos poner al alcance del personal de enfermería todas aquellas herramientas que permitan vincular la teoría con la práctica asistencial. Sólo de esta forma es posible acreditar científicamente su labor; amparar legalmente sus acciones y al mismo tiempo mejorar el grado de satisfacción de nuestros ciudadanos.

El compromiso que la Generalitat Valenciana, adquirió, en su momento, de trabajar en pro de una mejora continua de la calidad asistencial hacía imprescindible la revisión, actualización y validación del conjunto de procedimientos que habitualmente realizan los enfermeros de las instituciones públicas valencianas.

De esta necesidad surge la presente “Guía de Actuación de Enfermería”,en cuya elaboración se ha tenido presente la necesidad de unificar criterios y de consensuar conceptos entre investigadores, docentes y personal asistencial.

No me cabe la menor duda de que esta puesta en común de ideas y experiencias va a redundar en beneficio no sólo de los enfermeros y las enfermeras en general, sino sobretodo de los pacientes, que al fin y a la postre son los principales beneficiarios de nuestro esfuerzo como servidores públicos.

Marciano Gómez Gómez
Secretario Autonómico para la Agencia Valenciana de la Salud

INTRODUCCIÓN

La sistematización de los cuidados que reciben los pacientes, en todos los niveles asistenciales, es un imperativo de la moderna asistencia, de modo que todos los profesionales implicados en la misma, también y muy especialmente la Enfermería, deben regirse por unas normas claras y permanentemente actualizadas que aseguran una eficaz actuación.

El presente Manual está dedicado a la atención especializada de la Enfermería y abarca un conjunto de normas de actuación y de procedimientos que comprenden los principales aspectos de la misma.

De forma clara, esquemática y bien ordenada se describen los procedimientos que deben aplicar y las formas en que la Enfermería debe actuar en los campos que le son propios en relación con la atención especializada a los pacientes, y que se apoyan en dieciséis capítulos relativos a las necesidades básicas de los enfermos, a la actuación en las situaciones clínicas más frecuentes y en el manejo de las técnicas de mayor uso.

Desearíamos, como ha sido el objetivo de los autores, que este Manual resulte útil para el trabajo habitual de los profesionales de Enfermería , y que las periódicas revisiones que deberá sufrir, mantenga su vigencia permanentemente actualizada.

Comité asesor

ÍNDICE

Capítulo I: Procedimientos Generales 15

1.1. Cuidados de enfermería al ingreso del paciente en una unidad de hospitalización..... 17
1.2. Traslado del paciente a otra unidad de hospitalización..... 19
1.2.1. Traslado del paciente a pruebas complementarias o exploraciones.... 20
1.2.2. Recepción del paciente tras exploraciones o pruebas complementarias..... 21
1.3. Traslado del paciente a otro centro..... 22
1.4. Alta del paciente 23
1.5. Cuidados post-mortem..... 25
1.6. Interpretación de datos de laboratorio..... 27
1.7. Informe de turnos:relevo de enfermería..... 27
1.8. Facilitación al paciente de permisos..... 28
1.9. Revisión del carro de emergencias..... 29
1.10. Preparación y limpieza del carro de curas..... 31

Capítulo II: Procedimientos relacionados con la respiración del paciente.... 33

2.1. Normas generales en el manejo de la oxígenoterapia..... 35
2.1.1. Administración de oxígeno mediante mascarilla..... 36
2.1.2. Administración de oxígeno mediante gafas 37
2.1.3. Administración de oxígeno mediante carpa..... 38
2.1.4. Administración de oxígeno mediante traqueostomía..... 39
2.2. Fisioterapia respiratoria..... 40
2.2.1. Inspirómetro incentivado..... 41
2.2.2. Tos asistida..... 43
2.2.3. Drenaje postural..... 44

2.2.4. Drenaje por percusión o clapping..... 46
2.2.5. Drenaje por vibración..... 47
2.2.6. Respiración diafragmática..... 48
2.3. Aspiración de secreciones por orofaringe y nasofaringe..... 49
2.4. Aspiración de secreciones por traqueostomía..... 51
2.5. Cuidados y mantenimiento de la traqueostomía..... 53

Capítulo III: Procedimientos relacionados con la alimentación del paciente 55
3.1. Alimentación oral..... 57
3.1.1. Administración de la dieta oral..... 57
3.1.2. Prevención de la aspiración..... 58
3.1.3. Progresión de la dieta oral..... 59
3.2. Alimentación enteral..... 60
3.2.1.Técnica de inserción de la sonda nasogástrica y nasointestinal.... 60
3.2.2. Cuidados generales en el paciente portador de la sonda nasogástrica..... 63
3.2.3. Retirada de la sonda nasogástrica y nasointestinal..... 65
3.2.4. Alimentación enteral por sonda 66
3.2.5.Alimentación enteral por gastrostomía/yeyunostomía..... 69
3.3. Alimentación parenteral total..... 71

Capítulo IV: Procedimientos relacionados con la eliminación del paciente.. 75
4.1. Medición de diuresis..... 77
4.2. Cuidados de enfermería al paciente continente dependiente..... 78
4.2.1. Manejo del orinal tipo botella..... 78
4.2.2. Manejo del orinal tipo cuña..... 79
4.2.3. Manejo del colector urinario..... 81
4.3. Cuidados de enfermería en el paciente con incontinencia..... 83
4.3.1. Cuidados en la incontinencia fecal 83
4.3.2. Cuidados en la incontinencia urinaria..... 84
4.3.3. Ejercicios de Kegel..... 86
4.5. Control de heces..... 87
4.6. Fomento de la eliminación fecal..... 87
4.7. Extracción manual de un fecaloma..... 89
4.8. Sondajes..... 90
4.8.1. Sondaje vesical..... 90
4.8.2. Retirada de la sonda vesical..... 92
4.8.3. Cuidados del paciente con sonda vesical..... 93
4.8.4. Lavados vesicales..... 95
4.8.5. Sondaje rectal..... 97
4.9. Administración de enemas de limpieza y retención..... 98
4.10. Cuidados al paciente ostomizado..... 100
4.10.1. Cuidados del estoma urinario..... 100

4.10.2.Cuidados de la ostomía digestiva 102
4.10.2.1. Cambio del dispositivo colector de la ostomía digestiva 104
4.10.2.2.Administración de un enema por ostomía digestiva..... 106
4.11. Control de aspirados gástricos..... 107
4.12. Balance del equilibrio de líquidos..... 108

Capítulo V: Procedimientos relacionados con el aseo e higiene del paciente 111
5.1. Higiene del paciente autónomo..... 113
5.2. Higiene del paciente dependiente..... 114
5.2.1. Higiene del paciente que requiere ayuda parcial, no encamado.... 114
5.2.2.Higiene del paciente en cama 116
5.2.3.Lavado de cabeza en cama..... 118
5.2.4. Higiene de la boca..... 119
5.2.5.Lavado de los ojos..... 121
5.2.6.Higiene de los genitales 123
5.2.7.Cuidados de las uñas..... 124
5.3. Cambio de ropa de la cama..... 126
5.3.1. Paciente autónomo..... 126
5.3.2. Paciente encamado..... 127

Capítulo VI: Procedimientos relacionados con la movilización del paciente. 131
6.1. Normas generales en la movilización del paciente..... 133
6.1.1. Posiciones de los pacientes encamados:decúbito supino, prono, lateral, Fowler y Trendelemburg..... 134
6.1.2. Otras posiciones de los pacientes: Sims..... 137
6.1.3. Otras posiciones de los pacientes:litotomía..... 138
6.1.4. Otras posiciones de los pacientes:genupectoral..... 139
6.2. Movilización del paciente hacia la cabecera de la cama..... 139
6.3. Movilización del paciente desde la cama a otra cama o camilla..... 140
6.4. Movilización del paciente de la cama a la silla de ruedas o sillón..... 141

Capítulo VII: Procedimientos relacionados con la seguridad del paciente.. 143
7.1. Actuación de enfermería en la prevención de caídas..... 145
7.1.1. Sujeción de paciente..... 146
7.1.2. Cuidados de enfermería en las caídas..... 148
7.2. Prevención de infecciones..... 149
7.2.1. Precauciones estándar..... 150
7.2.2.Lavado de manos:higiénico y antiséptico..... 151
7.2.3. Lavado quirúrgico de manos 153
7.2.4. Preparación de un campo estéril..... 154
7.2.5. Limpieza del material..... 155
7.2.6.Almacenamiento del material esterilizado..... 156
7.2.7. Precauciones de aislamiento:transmisión aérea, por gotículas y

por contacto..... 156
7.3. Actuación de enfermería en la prevención de las úlceras por presión.... 158
7.4. Cuidados de las úlceras por presión..... 160

Capítulo VIII: Procedimientos relacionados con el descanso del paciente.... 163
8.1. Cuidados de enfermería para favorecer el descanso del paciente..... 165

Capítulo IX: Procedimientos sobre el control de fármacos..... 167
9.1. Normas generales en el manejo de la medicación..... 169
9.2. Normas generales en la administración de medicación..... 170
9.2.1.Administración de medicación por vía oral 172
9.2.2. Administración de medicación por vía sublingual..... 174
9.2.3.Administración de medicación por sonda nasogástrica..... 175
9.2.4.Administración de medicación por vía rectal..... 177
9.2.5.Administración de medicación por vía tópica..... 178
9.2.6.Administración de medicación por vía oftálmica..... 180
9.2.7.Administración de medicación por vía ótica..... 182
9.2.8.Administración de medicación por vía inhalatoria..... 183
9.2.9.Administración de medicación por vía nasal..... 186
9.2.10.Administración de medicación por vía vaginal..... 187
9.2.11.Administración de medicación por vía intradérmica..... 189
9.2.12.Administración de medicación por vía subcutánea..... 191
9.2.13. Administración de medicación por vía intramuscular..... 194
9.2.14.Administración de medicación por vía intravenosa..... 197
9.3. Administración de fluidoterapia..... 200
9.4. Administración de productos sanguíneos..... 201
9.5. Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir por el paciente en su domicilio..... 204

Capítulo X: Procedimientos sobre el control de heridas..... 207
10.1.Vigilancia de la piel..... 209
10.2. Normas generales en los cuidados de las heridas..... 210
10.2.1. Cuidados de las heridas mediante técnica cura seca..... 211
10.2.2. Cuidados de las heridas mediante técnica cura húmeda..... 214
10.3. Control y cuidados de los drenajes quirúrgicos..... 216
10.4. Retirada de las suturas quirúrgicas..... 218

Capítulo XI: Hemodinámica..... 221
11.1. Valoración de la temperatura corporal superficial..... 223
11.2. Valoración de la frecuencia cardiaca..... 225
11.3. Valoración de la frecuencia respiratoria..... 226
11.4. Valoración de la presión arterial..... 227

Capítulo XII: Guías de actuación de enfermería en determinadas situaciones clínicas..... 231
12.1. Cuidados de enfermería al paciente con hipotermia..... 233
12.2. Cuidados de enfermería al paciente con fiebre..... 234
12.3. Cuidados de enfermería ante un paciente con convulsiones..... 236
12.4. Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor 237
12.5. Cuidados de enfermería en la hipoglucemia..... 239
12.6. Cuidados de enfermería en la hiperglucemia..... 241
12.7. Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor torácico inespecífico 242
12.8. Cuidados de enfermería ante un paciente con hemorragia aguda..... 244
12.9.Actuación de enfermería ante la parada cardiorrespiratoria 245
12.10.Cuidados de enfermería ante un paciente en estado de shock..... 250
12.11. Cuidados de enfermería ante un paciente que presenta una reacción anafiláctica aguda..... 252

Capítulo XIII: Procedimientos de recogida de muestras del paciente..... 255
13.1. Muestras sanguíneas..... 257
13.1.1.Obtención de muestra de sangre venosa para analítica..... 257
13.1.2. Obtención de muestra de sangre venosa para hemocultivos..... 259
13.1.3. Obtención de muestra de sangre venosa para determinación de la glucemia basal..... 261
13.1.4. Obtención de muestra de sangre arterial para gasometría..... 263
13.2. Muestras de orina..... 265
13.2.1. Obtención de muestra de orina para analítica..... 265
13.2.2.Obtención de muestra de orina para cultivo 266
13.2.3. Recogida de orina de 24 horas..... 268
13.3. Muestra de heces..... 269
13.3.1. Obtención de heces para cultivo..... 269
13.3.2. Obtención de heces para determinación de parásitos..... 271
13.4. Obtención de esputo para estudio..... 272
13.5. Obtención de exudado de heridas para cultivo..... 274

Capítulo XIV: Inserción y cuidados de los catéteres intravasculares..... 277
14.1. Control de los catéteres periféricos..... 279
14.1.1.Técnica de inserción de los catéteres periféricos..... 279
14.1.2.Cuidados de los catéteres periféricos..... 281
14.1.3.Retirada del catéter periférico..... 283
14.2. Control de las vías centrales..... 284
14.2.1.Técnica inserción del catéter central de acceso periférico tipo tambor (DRUM®)..... 284
14.2.2. Colaboración en la inserción de los catéteres venosos centrales (CVC)..... 287
14.2.3.Cuidados y mantenimiento de los catéteres venosos centrales: subclavia, femoral, Hickman,Drum®..... 289

14.2.4. Retirada de un catéter venoso central..... 291
14.3. Control del reservorio subcutáneo..... 292
14.3.1. Procedimiento de punción del reservorio..... 292
14.3.2. Extracción de sangre a través del reservorio..... 294
14.3.3. Cuidados y mantenimiento del reservorio..... 296
14.3.4. Retirada de la aguja insertada en el reservorio..... 299
14.3.5. Educación sanitaria al paciente portador de reservorio subcutáneo 300

Capítulo XV: Guías de valoración..... 303
15.1. Valoración del nivel de conciencia a través de la escala de Glasgow 305
15.2. Valoración del dolor..... 307
15.3. Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden 309
15.4. Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Norton 312

Capítulo XVI: Otros procedimientos..... 315
16.1. Valoración de la presión venosa central..... 317
16.2. Realización de un electrocardiograma..... 318
16.3. Colaboración en la punción lumbar..... 321
16.4. Colaboración en la paracentesis 322

Anexos..... 325
Estructura de los Procedimientos del Manual..... 327
Bibliografía 329
Listado de Abreviaturas..... 332

CAPÍTULO I

Procedimientos Generales

1.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera a la llegada del paciente a la unidad de hospitalización. Recogida y análisis de la situación al ingreso del paciente.

• Objetivos:

- Lograr la integración del paciente y familia en la unidad de enfermería para recuperar su bienestar físico, psíquico y social, con un trato personalizado y humano.
- Reducir la ansiedad del paciente y familia, proporcionándole seguridad y ambiente terapéutico.
- Proporcionar la información necesaria que necesite el paciente y su familia.
- Emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente.
- Establecer las intervenciones enfermeras en base a la detección de los problemas y necesidades del paciente para la planificación de los cuidados de enfermería.
- Valorar el estado del paciente al ingreso.

• Equipo:

- Timbre y luz de fácil acceso al paciente.
- Palangana, cuña, botella.
- Toalla grande y pequeña.
- Ropa hospital.
- Vaso, plato.
- Habitación asignada limpia y preparada (cama, mesilla, silla/sillón y armario)
- Peine.

• Material:

- Utensilios personales: pañuelos de papel, jabón y caja de prótesis, si precisa.
- Hoja de valoración de enfermería.
- Historia clínica.

• Procedimiento:

- Acomodar al paciente y familia en la habitación.

- La enfermera recibirá al paciente, presentándose ella y al resto del equipo. Presentar al compañero de habitación si su estado lo permite.
- El paciente tendrá asignada una enfermera responsable de sus cuidados.
- El paciente llegará con la historia clínica. La enfermera comprobará datos y contenido de la misma (órdenes médicas, restricciones, pruebas diagnósticas, etc.)
- Realizar valoración de enfermería al ingreso y cumplimentar el registro antes de las primeras 24 horas tras el ingreso.
- Analizar los diagnósticos y problemas de enfermería del paciente hallados para la posterior planificación de cuidados de enfermería.
- Pautar la medicación prescrita.
- Incluir al paciente en el planning de la unidad.
- Facilitar información al paciente y familia sobre: las diferentes personas que forman el equipo, la estructura física de la habitación y la unidad, equipo de la habitación, normas de régimen interno (visitas, horarios de comidas, depósito de objetos de valor, servicios del hospital, etc.)
- Se le entregará al paciente las normas de funcionamiento de la unidad y del hospital por escrito así como la Carta al Paciente de la Comunidad Valenciana, dónde estarán recogidos los derechos del paciente.
- Proporcionar al paciente los utensilios de aseo y ropa del hospital estipulada por el centro.
- Establecer los procedimientos de higiene si procede.
- Comunicar ingreso a cocina, farmacia, etc.
- Pulsera identificación (cuando sea necesario), en la que constará nombre completo, ubicación y fecha de ingreso.
- Si el paciente proviene de urgencias, proporcionar los cuidados de enfermería que atiendan a las necesidades vitales del paciente.
- Asegurarse antes de salir de la habitación de que el enfermo no necesita nada y que se encuentra cómodo.
- Registrar en la documentación de enfermería la cumplimentación de este procedimiento.

• Observaciones:

Se pueden presentar 3 tipos de ingreso:

- Urgente: proviene del servicio de urgencias.

- Programado: proviene del servicio de admisión.
- Traslado intrahospitalario:procedente de otra unidad de hospitalización.

✓ Proporcionar un clima de aceptación y acogida.
✓ Evitar interrumpir al paciente cuando esté hablando.
✓ Dirigirse al paciente por su nombre, indicando el nuestro.
✓ Adaptar nuestro lenguaje al nivel de comprensión del paciente y familia.
✓ Observar conductas no verbales del paciente y familia.

1.2. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

• Definición:

Ubicar al paciente en otra unidad de hospitalización diferente a la actual.

• Objetivo:

Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería durante el traslado a su nueva ubicación,en un ambiente de bienestar y seguridad para el paciente.

• Equipo:

- Medio de transporte adecuado:silla de ruedas, cama,camilla, cuna, incubadora, etc.

• Material:

- Impreso de traslado.
- Historia clínica.
- Bolsa con los enseres personales.
- Medicación.

• Procedimiento:

- Comprobar la identidad del paciente a trasladar.
- Notificar el traslado al servicio de admisión, dietética, farmacia y servicios centrales cuando tenga exploración pendiente.
- Informar al paciente y familia la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista con antelación garantizándoles la continuidad de los cuidados.
- Valorar estado general del paciente para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.
- Llamar al lugar de recepción para comprobar que todo esté prepa-

rado para recibirle.
- Comprobar el buen estado de sueros, sondas, drenajes y el estado de higiene del paciente.
- Preparar la medicación necesaria ante el traslado.
- Recopilar historia clínica y anotar en los registros de enfermería las pruebas complementarias pendientes de realizar o recibir resultados, así como la evaluación del plan de cuidados ejecutado y los problemas de enfermería en curso y todo lo realizado.
- Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.
- Adjuntar los objetos personales del paciente.
- Se trasladará al paciente acompañado de personal de enfermería si precisa.
- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el paciente. Limpieza de enseres, botella, cuña. Avisar al servicio de limpieza.
- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

1.2.1. Traslado del paciente a pruebas complementarias o exploraciones

• Definición:

Enviar al paciente a otro servicio del hospital donde se le realizarán pruebas complementarias o exploraciones.

• Objetivo:

Realizar el traslado del paciente para la ejecución de las pruebas complementarias o exploraciones, en condiciones de seguridad y comodidad evitando complicaciones.

• Equipo:

- Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora, etc.
- Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

• Material:

- Autorización para la prueba solicitada.
- Impreso solicitud de la prueba.
- Historia clínica del paciente.
- Impreso petición de ambulancia, si precisa.
- Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.

• Procedimiento:

- Verificar los datos de identificación del paciente con los de la prue-

ba solicitada.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar paciente y familia.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Comprobar y adjuntar autorización firmada para la prueba.
- Cursar ambulancia, si precisa.
- Comprobar la correcta higiene del paciente y cama.
- Preparar al paciente para su traslado: revisar sueros y garantizar su ritmo de perfusión, posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si es necesario.
- Adjuntar documentación según protocolo de la prueba.
- Se trasladará al paciente acompañado por el personal de enfermería, si precisa.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

1.2.2. Recepción del paciente tras exploraciones o pruebas complementarias

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera al recibir al paciente tras la exploración o pruebas complementarias para valorar su estado general.

• Objetivo:

Recibir al paciente garantizando la continuidad de los cuidados.

• Equipo:

Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa

• Material:

- Historia clínica completa del paciente.
- Material oxigenoterapia, sueroterapia, aspiración, drenaje, si precisa.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- La enfermera responsable de los cuidados recibirá al paciente.
- Verificar datos de identificación del paciente.
- Acompañar al paciente hasta su instalación definitiva en la habitación.

- Disponer de soportes, conexiones, etc. para los dispositivos y elementos terapéuticos, revisar sueros, catéteres,drenajes y apósitos, fijándolos si precisa.
- Comprobar las condiciones de los catéteres,drenajes, apósitos,etc.
- Revisar historia clínica ajustando tratamientos y cuidados.
- Realizar valoración del paciente comparándola con la del ingreso para adecuar los cuidados a la situación actual.
- Controlar, medir y anotar el débito de los drenajes, si los hubiera.
- Si las condiciones del paciente lo permite facilitar el acceso moderado de los familiares.
- Registrar en la documentación de enfermería la situación actual del paciente.

1.3. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO HOSPITALARIO

• Definición:

Enviar al paciente desde su lugar original a otro centro hospitalario.

• Objetivo:

Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería durante el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el paciente.

• Equipo:

- Medio de trasporte adecuado (silla de ruedas, camilla, etc.),hasta el vehículo de traslado.
- Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

• Material:

- Impreso autorizado de ambulancia.
- Bolsa con enseres personales del paciente.
- Informe médico y de enfermería al alta.
- Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.

• Procedimiento:

- Comprobar la identidad del paciente a trasladar.
- Notificar el traslado al servicio de admisión, dietética, farmacia y servicios centrales cuando tenga exploración pendiente.
- Informar al paciente y familia sobre la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista con antelación, garantizándoles la continuidad de los cuidados.

- Valorar estado general del paciente para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.
- Comprobar el buen estado de sueros, sondas, drenajes y el estado de higiene del paciente.
- Preparar medicación necesaria para el traslado.
- Recopilar historia clínica y anotar en los registros de enfermería la evaluación del plan de cuidados ejecutado y los problemas de enfermería en curso y todo lo realizado. Enviar al servicio de admisión.
- Entregar el informe de enfermería al alta al paciente y familia.
- Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.
- Adjuntar los objetos personales del paciente.
- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el paciente. Limpieza de enseres, botella, cuña. Avisar al servicio de limpieza.
- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

1.4. ALTA DEL PACIENTE

• Definición:

Conjunto de actividades encaminadas a preparar al paciente y familia para la salida del centro hospitalario.

• Objetivos:

- Garantizar una continuidad de los cuidados (Interrelación atención especializada-primaria).
- Evaluar las necesidades de cuidados del paciente después de la hospitalización y promoción de la readaptación a su medio.
- Asegurarse de que el paciente y familia poseen los conocimientos y habilidades para el autocuidado y que pueden controlar la situación en el domicilio (tratamiento farmacológico, dieta, controles, cuidados especiales).

• Equipo:

- Medio de trasporte adecuado a las necesidades del paciente (silla de ruedas, camilla, etc.), si procede, hasta el vehículo de traslado.

• Material:

- Informe médico y de enfermería al alta.
- Medicación y material de cura, si precisa.
- Impreso de ambulancia autorizado, si procede.

• Procedimiento:

1. Valoración de necesidades e identificación de problemas. Determinación de asistencia domiciliaria.
   - Valoración de necesidades de cuidados de enfermería.
   - Valoración de limitaciones físico-psíquicas y de los mecanismos para afrontarlas.
   - Valoración del entorno físico del paciente.
   - Valoración del apoyo social.

2. Preparación del alta del paciente.
   - Información del paciente y su familia con suficiente antelación del alta, el día previsto y la hora.
   - Comunicar al servicio de admisión, farmacia y cocina el alta del paciente.
   - Tramitar la ambulancia si el estado del paciente lo precisa.

3. Registro y documentación del alta. Informe de enfermería al alta.
   Basado en metodología enfermera (valoración del paciente al alta, planificación de los cuidados y recomendaciones al alta).

4. Ejecución del alta.
   - Comprobar que no se ha producido ninguna complicación que impida el alta. Si es así, avisar al médico.
   - Ayudar al paciente a recoger sus pertenencias y entregar los enseres personales y objetos de valor depositados.
   - Entregarle informe de enfermería al alta y verificar que el paciente tiene toda la documentación al alta que necesita: informe médico de alta,citaciones de consultas externas,impreso de oxígeno domiciliario, impreso de ambulancia, etc.
   - Asegurarse que el paciente ha comprendido todas las recomendaciones e instrucciones. Repetírselo cuantas veces sea necesario.
   - Traslado del paciente según el medio de transporte que necesite (avisar al celador y ambulancia).
   - Enviar la historia clínica al personal administrativo para su archivo.

5. Recogida del material y puesta en orden: retirar ropa y utensilios personales, avisar al servicio de limpieza y preparar la habitación para nuevo ingreso.
6. Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

• **Observaciones:**

ALTA VOLUNTARIA.

- Cerciorarse que el paciente comprende la situación y firma el impreso. Si no quiere firmar se deja reflejado en la historia.
- No pueden firmar el alta voluntaria personas sin capacidad jurídica. Firman sus tutores.
- Si el ingreso es judicial, el alta la da el juez.

1.5. CUIDADOS POST-MORTEM (EXITUS)

• **Definición:**

Conjunto de actividades que se realizan a una persona fallecida para el traslado al tanatorio o domicilio.

• **Objetivos:**

- Garantizar la dignidad del fallecido y el respeto a su familia.
- Ayudar a los familiares en los primeros momentos a afrontar el proceso de muerte, para poder desarrollar un duelo funcional.

• **Equipo:**

- Equipo de lencería: batas, sábanas, toallas.
- Sudario.
- Carro de curas.

• **Material:**

- Material higiene del paciente o útiles de aseo.
- Guantes.
- Mascarilla.
- Etiquetas identificativas del paciente.

• **Procedimiento:**

- La persona responsable de todas las intervenciones será la enfermera a cargo del paciente en el momento de la defunción.
- Comenzar los cuidados post-mortem después de la confirmación por parte del médico.
- Informar cuanto antes a la familia, verificando previamente su identificación y parentesco.
- Consultar a la familia sus prácticas religiosas habituales y actuar en consecuencia.
- Preservar la intimidad de la familia:

  Separar del compañero de habitación con cortina o biombo.

Permitir a la familia permanecer con el fallecido lo necesario.
Si el fallecido está sólo, recoger las pertenencias en una bolsa y avisar a la familia.
Mantener un ambiente tranquilo y permitir la expresión de sentimientos.

- Garantizar una imagen limpia y aseada del fallecido:
  Desconectar y retirar todos los equipos excepto si se va a realizar necropsia, no retirar sondas, drenajes o catéteres (sólo pinzar y cerrar llaves)
  Higiene del fallecido según precise. No taponar los orificios.
  Limpiar heridas y cambiar apósitos sucios.
  Cerrar ojos y mantener mandíbula cerrada.
  Colocar prótesis si es posible.
  Hacer la cama.

- Mantener una posición del fallecido digna: decúbito supino, brazos a ambos lados del cuerpo, palmas de las manos hacia abajo y tobillos juntos.
- Envolver en una sábana y poner el sudario. Mantener el cuerpo alineado.
- Poner etiqueta identificativa en el sudario.
- Cada centro designará el encargado de transportar al fallecido al depósito y de informar a los familiares de los trámites a seguir con el difunto.
- El certificado de defunción será cumplimentado por el médico de guardia, así como el certificado de necropsia o de extracción de órganos.
- Notificar la baja a los servicios de admisión, cocina y farmacia.
- Recopilar la historia clínica para que la personal administrativo la curse a archivos.
- Recogida de material: recoger ropa y enseres, avisar al servicio de limpieza.
- Avisar al servicio de admisión la disponibilidad de la cama.
- La enfermera registrará en la evolución de enfermería: últimas medidas para evitar la muerte, causa del fallecimiento, hora y fecha.

1.6. INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO

• Definición:

Análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar en la toma de decisiones médicas.

• Objetivo:

Detectar precozmente posibles alteraciones en los parámetros analíticos del paciente.

• Material:

- Analítica.
- Registros de enfermería.
- Valores normales de laboratorio.

• Procedimiento:

- Al recibir un resultado analítico del paciente analizar los valores analíticos tomando en cuenta:
  a) Conocer los márgenes de referencia del laboratorio.
  b) Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar a los valores de laboratorio, incluyendo género, edad,embarazo, dieta, hora del día, nivel de actividad y estrés.
  c) Reconocer los efectos de los fármacos en los valores de laboratorio.
  d) Monitorizar los resultados secuenciales para ver las tendencias y los cambios bruscos.
- Informar de cambios súbitos y valores críticos de laboratorio al médico inmediatamente.
- Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento y estado clínico del paciente.
- Registrar en la documentación de enfermería: los valores de laboratorio, fecha y hora de llegada, incidencias y respuesta del paciente.

1.7. INFORME DE TURNOS: RELEVO DE ENFERMERÍA

• Definición:

Intercambio de información escrita y oral esencial de cuidados de pacientes con otro personal de cuidados al cambiar el turno.

• **Objetivo:**

Garantizar la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería.

• **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Revisar los datos demográficos pertinentes incluyendo nombres, edades y números de habitación.
- Resumir lo importante del historial de salud pasado.
- Identificar los diagnósticos médicos y de cuidados clave y los resueltos, si procede.
- Presentar la información centrándose en datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad de los cuidados.
- Describir el régimen de tratamiento, incluyendo la dieta, terapia líquida, medicamentos y ejercicios.
- Identificar pruebas de laboratorio y diagnósticas que deban realizarse en las próximas 24 horas.
- Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.
- Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.
- Describir la respuesta del paciente/familia a las intervenciones de enfermería.
- Resumir los progresos.
- Resumir los planes de alta, si procede.

1.8. FACILITACIÓN DE PERMISOS AL PACIENTE

• **Definición:**

Planificación por parte de la enfermera de una salida del paciente de la institución sanitaria por un tiempo concreto.

• **Objetivos:**

- Mantener en el domicilio el plan de cuidados establecido.
- Enseñar al paciente y familia la continuidad del plan de cuidados.

• **Material:**

- Registros de enfermería.
- Informe escrito para el paciente del plan terapéutico.

- Orden médica por escrito del permiso.
- Medicación a tomar.

• Procedimiento:

- Establecer los objetivos a lograr para el permiso.
- Obtener la orden del médico para el permiso.
- Establecer quién es el cuidador principal del paciente.
- Proporcionar información acerca de la duración y restricción del permiso.
- Proporcionar la información necesaria para el caso de que ocurra una emergencia en el domicilio.
- Explicar a la persona de apoyo principal del paciente los cuidados a seguir en el domicilio.
- Preparar la medicación que debe llevarse y explicarle cómo se la ha de tomar.
- Proporcionar los dispositivos y equipos de asistencia necesarios.
- Dar tiempo al paciente y su familia para que hagan todas las preguntas que precisen.
- Obtener la firma del paciente o de la persona responsable en el formulario del permiso.
- Al regreso del paciente a la unidad, evaluar si se han cumplido los objetivos del permiso y el estado del paciente.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha en la que el paciente se va y en la que vuelve, valoración del plan de cuidados, incidencias y respuesta del paciente.

1.9. REVISIÓN DEL CARRO DE EMERGENCIAS

• Definición:

Revisión sistemática del contenido del carro de emergencia según los intervalos de tiempo establecidos por la institución sanitaria.

• Objetivos:

- Mantener el carro de emergencia preparado para actuar cuando se precise.
- Asegurar el buen estado de todo el material del carro incluyendo las caducidades de todos los medicamentos y dispositivos.

• Equipo:

- Aspirador: de pared o portátil.

- Pinza de Magill.
- Ambú.
- Tabla de parada.
- Laringoscopio.
- Pilas de repuesto para el laringoscopio.
- Palas del laringoscopio: grande y mediana.

• **Material:**

- Medicación y fluidoterapia según protocolo del centro hospitalario.
- Guantes estériles.
- Sondas de aspiración de diferentes calibres.
- Tubos endotraqueales de cada número.
- Fiadores.
- Tubos de Guedel de dos tamaños.
- Vendas.
- Tubos de lubricante urológico.
- Jeringas de 5 c.c.
- Jeringas de 10 c.c.
- Sondas nasogástricas de los dos números.
- Mascarilla de ambú de dos tamaños.
- Catéteres Intravenosos.
- Agujas intravenosas.
- Hojas de bisturí.
- Equipos de infusión de fluidoterapia.
- Paquetes de gasas estériles.

• **Procedimiento:**

- El carro deberá ser revisado tras su uso y según protocolo del centro.
- Los carros de emergencias deben estar situados en un área accesible y visible de la unidad.
- Durante una emergencia no desechar de inmediato lo administrado y utilizado porque servirá para tener un control de lo administrado y así poder identificar todo lo que se ha de reponer.
- Comparar el equipo del carro con la lista del material que se encuentra encima del carro.
- Localizar todo el equipo y suministros designados en el carro.
- Asegurarse de que el equipo se encuentra en condiciones operativas: buen funcionamiento del laringoscopio, estado de las pilas, ambú, mascarilla y conexiones.
- Limpiar el equipo si es preciso.

- Verificar fecha de caducidad de todos los suministros y fármacos.
- Reemplazar los suministros que falten o estén caducados.
- Instruir al nuevo personal de enfermería acerca del procedimiento de comprobación del carro.
- Registrar la revisión en la gráfica para el registro de firmas que se encuentra encima del carro de emergencias.

1.10. PREPARACIÓN Y LIMPIEZA DEL CARRO DE CURAS

• Definición:

Limpieza, reposición y mantenimiento del carro de curas que utiliza la enfermera en las curas.

• Objetivo:

Facilitar la realización de las curas a la enfermera.

• Equipo:

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Bayeta y paño de secado.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí, pinzas Kocher.
- Pinzas de compresión.

• Material:

- Detergente jabonoso.
- Desinfectante superficies.
- Bolsa de deshechos.
- Guantes limpios no estériles.
- Gasas estériles.
- Compresas estériles
- Suero Fisiológico.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Bránulas.
- Puntos de aproximación.
- Apósitos de fijación transparente.
- Llaves de tres pasos con alargadera.
- Tapones de vía estériles
- Compresor.
- Contenedor pequeño para objetos punzantes.

- Pomadas o cremas.
- Tul graso.
- Gasa hemostática.
- Hojas de bisturí.
- Sedas.
- Agujas IV, SC, IM.
- Jeringas de 5cc, 10cc. 20cc.
- Gasa de bordes.
- Anestésico local.
- Hisopos.
- Vendas.
- Apósitos para tratamiento de úlceras.
- Empapadores.
- Guantes estériles
- Mascarillas.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Retirar todos los materiales y recipientes que haya en el carro en la sala de curas.
- Trasladar el carro de curas al lugar destinado a su limpieza.
- Limpiar la superficie del carro (bandejas, ruedas, etc.) con detergente desinfectante.
- Enjuagar y secar con un paño limpio.
- Dejar secar.
- Colocar una entremetida o paño sobre la superficie del carro.
- Colocar todo el material.
- Cubrir con una entremetida cuando no se use.
- Vigilar los frascos de los antisépticos, pomadas, cremas que estén tapados y limpios.
- Registrar en la hoja de control de limpieza y revisión del carro de curas cualquier anomalía que se observe en cuanto a la reposición y limpieza del carro, en el apartado de observaciones.
- El personal auxiliar encargado de la reposición y limpieza del carro firmará cada vez que lo reponga y limpie.

• Observaciones:

La limpieza del carro se realizará cada 24-48 horas y la reposición cada vez que se utilice.

CAPÍTULO II

Procedimientos relacionados con la respiración del paciente

2.1. NORMAS GENERALES EN EL MANEJO DE LA OXÍGENOTERAPIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para la correcta administración de oxígeno, a una concentración o presión mayor de la de la atmósfera ambiental, y el control de su eficacia.

• Objetivos:

- Administrar al paciente la concentración de oxígeno necesaria y prescrita para mejorar su estado respiratorio.
- Prevenir lesiones debidas a un déficit ventilatorio.

• Equipo:

- Toma de oxígeno de pared o bala de oxígeno.
- Caudalímetro.
- Tubo de oxígeno.
- Ver equipo del procedimiento de aspiración de secreciones.

• Material:

- Mascarilla de oxígeno de concentración variable.
- Gafas nasales.
- Carpa de oxígeno.
- Guantes no estériles.
- Humificador desechable.
- Ver material de aspiración de secreciones.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia de la necesidad de oxígeno.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Conectar humidificador y comprobar el nivel de agua.
- Conectar el sistema a utilizar y comprobar que el oxígeno fluye.
- Ajustar la concentración de oxígeno prescrito en el caudalímetro.
- Colocar al paciente en la postura más adecuada, semi-fowler si es posible.
- Colocarse los guantes desechables.

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración de oxígeno prescrita.
- Comprobar la eficacia y efectividad de la oxígenoterapia, valorando color de piel y mucosas, frecuencia respiratoria y valores de la gasometría.
- Vigilar la aparición de signos de toxicidad por oxígeno y de erosiones de la piel en las zonas de fricción de los dispositivos de oxígeno.
- Mantener el dispositivo de aporte de oxígeno (mascarilla, gafas nasales, etc.) limpio.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora de inicio, volumen, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Vigilar que el paciente no se quite la mascarilla,gafas,etc.nada más que el tiempo necesario.
- Si el paciente puede deambular, facilitarle una alargadera.
- La eficacia de la administración de oxígeno debe valorarse más en cuanto al efecto sobre la oxigenación tisular, que en los valores de los gases arteriales.
- Valores normales:

PaO2	60-100 mmHg
PCO2	34-46 mmHg.
PH	7,34 a 7,45
SatO2	95-98%

2.1.1. Administración de oxígeno mediante mascarilla

• **Definición:**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a través de una mascarilla.

• **Objetivos:**

- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones en el paciente debidas a un déficit ventilatorio.

• **Equipo:**

Ver equipo del manejo de la oxígenoterapia.

• **Material:**

- Ver material del manejo de la oxígenoterapia.
- Vaselina.
- Jabón neutro.
- Toallitas de papel desechables.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en el manejo de la oxígenoterapia.
- Elegir el tamaño correcto de mascarilla para el paciente.
- Aplicar vaselina alrededor de la boca para evitar irritación.
- Poner la mascarilla sobre la nariz y boca del paciente, ajustarla evitando una presión excesiva.
- Evitar fugas de oxígeno hacia los ojos para evitar la posible aparición de conjuntivitis.
- Limpiar la mascarilla con agua jabonosa cada 8 horas y cuando precise.
- Secar la mascarilla con toallitas.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, concentración de oxígeno, volumen,incidencias y respuesta del paciente.

2.1.2. Administración de oxígeno mediante gafas nasales

• **Definición:**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a través de gafas nasales.

• **Objetivos:**

- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones en el paciente debidas a un déficit ventilatorio.

• **Equipo:**

Ver equipo del manejo de la oxígenoterapia.

• **Material:**

- Jabón neutro.
- Seguir normas generales en el manejo de la oxígenoterapia.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en el manejo de la oxígenoterapia.
- Comprobar la salida de oxígeno por los vástagos de las gafas.
- Introducir los vástagos de las gafas en los orificios nasales del paciente, ajustándolos y fijándolos de una forma cómoda.
- Comprobar que el paciente respire por la nariz y no por la boca.
- Evitar acodaduras que impidan el flujo de oxígeno.
- Vigilar las áreas de presión (orejas y nariz) cada 24 horas.
- Limpiar y humedecer la nariz del paciente, si precisa.
- Enseñar al paciente y familia a humedecer periódicamente la nariz.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, concentración de oxígeno y volumen, incidencias y respuesta del paciente.

2.1.3. .Administración de oxígeno mediante carpa

• **Definición:**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a través de la carpa.

• **Objetivos:**

- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones en el paciente debidas a un déficit ventilatorio.

• **Equipo:**

Ver equipo del manejo de la oxígenoterapia.

• **Material:**

- Ver material del manejo de la oxígenoterapia.
- Esparadrapo.
- Gasas no estériles para desempañar la carpa.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en el manejo de la oxígenoterapia.
- Colocar la carpa sobre el niño, según prescripción.
- Vigilar la aparición de irritación en la piel de la cara y hombros del niño.
- Colocar el extremo del tubo de oxígeno dentro de la carpa y fijarlo.
- Abrir ligeramente las ventanas de la carpa para evitar el acúmulo de oxígeno.

- Evitar que el flujo de oxígeno le dé directamente al niño en los ojos.
- Cambiar frecuentemente la ropa del niño, ya que se humedece con facilidad y rapidez.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, concentración de oxígeno y volumen, incidencias y respuesta del paciente.

2.1.4. .Administración de oxígeno a través de una traqueostomía

• Definición:

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a un paciente con traqueostomía.

• Objetivos:

- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones en el paciente debidas a un déficit ventilatorio.

• Equipo:

- Ver equipo del manejo de la oxígenoterapia.
- Ver equipo del procedimiento aspiración de secreciones por traqueostomía.

• Material:

- Ver material del manejo de la oxígenoterapia.
- Ver material del procedimiento aspiración de secreciones.
- Jabón neutro.
- Toallitas de papel desechables.
- Mascarilla de oxígeno para traqueostomía.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Seguir normas generales en el manejo de la oxígenoterapia.
- Comprobar y ajustar la concentración de oxígeno.
- Aspirar las secreciones del paciente cuando precise.
- Ajustar la mascarilla a la traqueostomía.
- Conectar el flujo de oxígeno según prescripción médica.
- Limpiar la mascarilla de oxígeno de la traqueostomía cada 8 horas con agua jabonosa.
- Secar la mascarilla con las toallitas.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, moti-

vo, concentración de oxígeno y volumen, incidencias y respuesta del paciente.

2.2. NORMAS GENERALES EN LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

• Definición:

Conjunto de medidas que adopta la enfermera para ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio. Estas medidas pueden ser: tos asistida,inspirómetro incentivado,drenaje postural, drenaje por percusión, drenaje por vibración y respiración diafragmática.

• Objetivos:

- Mantener permeables y libres de secreciones las vías respiratorias del paciente.
- Facilitar la expectoración.
- Prevenir infecciones respiratorias.
- Educar al paciente y familia sobre cómo movilizar y eliminar las secreciones.

• Equipo:

- Fonendoscopio.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Definir un plan de ejercicios de fisioterapia respiratoria tras la valoración del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Aplicar el plan de ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- Observar la tolerancia del paciente a los ejercicios de fisioterapia respiratoria y su comodidad.
- Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.
- Comprobar el funcionamiento correcto del fonendoscopio.
- Auscultar los segmentos pulmonares afectados para comprobar la efectividad de la técnica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- La fisioterapia respiratoria está contraindicada en: pacientes con cianosis o disnea producida por la fisioterapia, incremento del dolor o molestias, pacientes con hemorragia prolongada y tiempos de coagulación aumentados, obesidad y pacientes con predisposición a las fracturas patológicas.
- Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos, concurso de soplar pelotas de ping-pong, etc.)

2.2.1. Inspirómetro incentivado

• **Definición:**

Dispositivo mecánico que ayuda al paciente a mantener el máximo esfuerzo inspiratorio.

• **Objetivos:**

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio
- Prevenir el desarrollo de atelectacsias y neumonías.
- Educar al paciente y familia en la realización de los ejercicios respiratorios y a usar el inspirómetro.

• **Material:**

- Un inspirómetro.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición sentado o semi-fowler .
- Enseñar al paciente a usar el inspirómetro:

  1º Exhalar lentamente (Figura 1).

  2º Ponerse la pieza bucal en la boca, entre los dientes.

  3º Cerrar los labios alrededor de la pieza bucal (Figura 2).

  4º Inspirar sólo a través de la boca, inspiración lenta y profunda.

  5º Contener la respiración 3-5 segundos.

  6º Conseguir que se eleve el marcador (bola) al inspirar y aguantar el máximo tiempo (Figura 3).

7º retirar la pieza bucal y expulsar el aire por la boca o nariz lentamente (Figura 4).

- Repetir de 10-20 veces por hora.
- Incentivar la tos tras el uso del inspirómetro.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

Figura 1

Figura 2

Figuras extraídas de "Guía práctica de enfermería en el paciente crítico". Edita Cecova,2000. Jesús Navarro,Salvador de Haro, Pedro Orgiler, Caridad Vera.

Figura 3

Figura 4

- **Observaciones:**
  - El inspirómetro incentivado está contraindicado en: hemorragias pulmonares y neumotórax.
  - Interrumpir el uso del inspirómetro, si aparece vértigo o mareo.

2.2.2. Tos asistida

- **Definición:**

  Ejercicios respiratorios que provocan el estímulo de la tos.

- **Objetivos:**

  - Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio
  - Provocar la expectoración del paciente a través del estímulo de la tos.
  - Educar al paciente y familia en la adquisición de habilidades para la realización de la técnica de tos asistida.

- **Equipo:**

  - Una almohada.

- **Material:**

  - Toallitas de papel desechables.
  - Bolsa de desechos.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento a seguir.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocar al paciente en posición sentado y con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante, los hombros dirigidos hacia dentro y los brazos descansando sobre una almohada en el abdomen, si el estado general del paciente lo permite.
  - Indicar al paciente que realice una inspiración profunda por la nariz, seguida de una espiración brusca por la boca.
  - Repetir 3 veces y a la tercera deberá toser.
  - Repetir de 3-6 veces todo el proceso hasta conseguir la estimulación de la tos y con ello la expectoración.
  - Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
  - Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si el paciente está recién intervenido: inmovilizar la zona de la incisión antes de toser. Enseñar cómo debe colocar las manos por encima y por debajo de la incisión quirúrgica.
- Para favorecer la tos, administrar la analgesia prescrita antes de iniciar los ejercicios respiratorios.
- Tener en cuenta que disminuye el reflejo tusígeno si el paciente está en tratamiento con codeína.
- Aumentar la ingesta de líquidos para fluidificar las secreciones si no existe contraindicación.

2.2.3. Drenaje postural

• **Definición:**

Movilización del paciente, programada y planificada según el segmento pulmonar a drenar.

• **Objetivos:**

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio
- Favorecer que las secreciones pulmonares se drenen pasivamente hacia los bronquios principales y tráquea.
- Enseñar al paciente y familia las posiciones del drenaje postural.

• **Equipo:**

- Almohadas.
- Fonendoscopio.

• **Material:**

- Toallitas de papel desechables.
- Bolsa de desechos.
- Registros de enfermería.

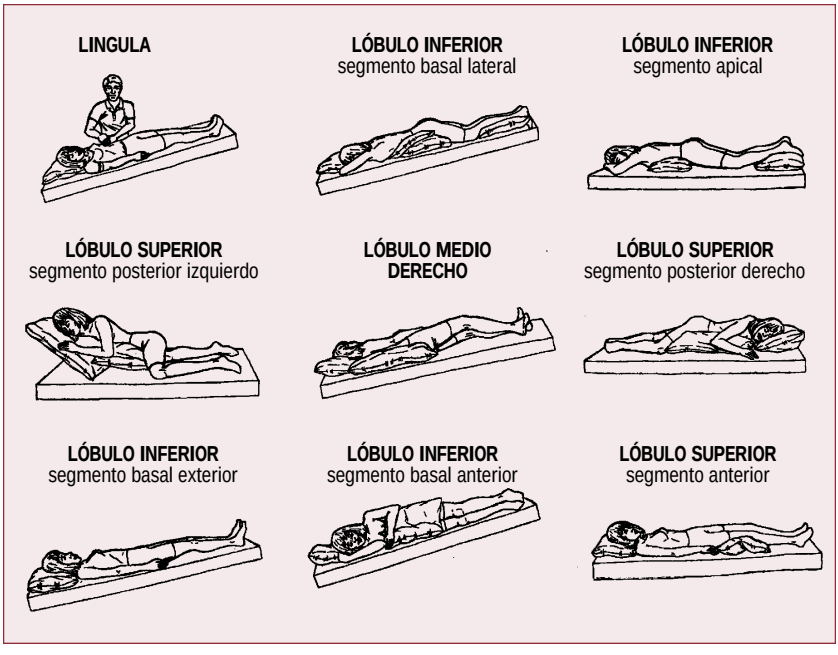
• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Realizar previamente, el procedimiento de tos asistida.
- Colocar al paciente en la posición correspondiente según el lóbulo o segmento a drenar, se debe colocar en la posición más alta con

el bronquio principal a drenar lo más vertical posible. (Ver dibujos)
- Mantener en la posición de 5-10 minutos.
- Aplicar los procedimientos de percusión o vibración, si las secreciones son muy espesas.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Auscultar al paciente para comprobar el estado del segmento drenado.
- Realizar el procedimiento 2 veces al día.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• Observaciones:
- No realizar el drenaje postural tras las comidas.
- La posición de Trendelemburg está contraindicada en: HTA, insuficiencia cardiaca, arritmias, patología intracraneal y distensión abdominal.

POSICIONES DEL DRENAJE POSTURAL



2.2.4. Drenaje por percusión o clapping

• Definición:

Maniobras de percusión,que a través de golpes suaves en el tórax del paciente, desprende y desplaza mecánicamente las secreciones adheridas a las paredes bronquiales del paciente.

• Objetivo:

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones adheridas en las paredes pulmonares del paciente.

• Equipo:

- Almohadas.
- Fonendoscopio.
- Paño estéril o entremetida

• Material:

- Toallitas de papel desechables.
- Bolsa de desechos.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración paciente y familia.
- Colocar al paciente en la posición correspondiente según el lóbulo o segmento a drenar.
- Colocar un paño o entremetida sobre el tórax del paciente para no percutir sobre la piel directamente.
- Colocar las manos ahuecadas, los dedos flexionados y unidos.
- Percutir el segmento torácico a drenar, alternando las manos de forma rítmica.
- Percutir de 2-4 minutos cada segmento. El sonido producido ha de ser hueco y seco.
- No percutir sobre columna vertebral, esternón, riñones, hígado y zonas con lesión cutánea o fracturas.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Auscultar para comprobar efectividad del procedimiento.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al

timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• Observaciones:
- Este procedimiento no debe producir dolor.
- La percusión está contraindicada en: fracturas costales y de columna, hemorragia pulmonar, neumotórax, metástasis costales, mastectomías con prótesis de silicona, cirugía cardiovascular, derrame pleural, las primeras 24 horas tras broncoscopias y en pacientes con osteoporosis.

2.2.5. Drenaje por vibración

• Definición:

Maniobras de vibración que aumentan la velocidad y turbulencia del aire espirado por el paciente.

• Objetivo:
- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones adheridas en las paredes pulmonares del paciente.

• Equipo:
- Almohadas.
- Fonendoscopio.

• Material:
- Toallitas de papel desechables.
- Bolsa de desechos.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:
- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en la posición correspondiente según el lóbulo o segmento a drenar.
- Colocar las manos planas (una junto a la otra) y los dedos extendidos, sobre el segmento torácico a drenar.

- Indicar al paciente que respire profundamente.
- En la espiración del paciente, realizar los movimientos vibratorios durante unos segundos.
- Detener la vibración durante la inspiración del paciente.
- Repetir de 3-4 veces los movimientos vibratorios.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Auscultar para comprobar efectividad del procedimiento.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• Observaciones:

- La vibración está contraindicada en: hemorragia pulmonar, neumotórax, fracturas costales y las primeras 24 horas tras broncoscopias.

2.2.6. Respiración diafragmática

• Definición:

Movimientos respiratorios que utilizan el diafragma y los músculos abdominales.

• Objetivos:

- Aumentar la capacidad respiratoria del paciente.
- Reducir el gasto energético empleado en la respiración.
- Educar al paciente para que utilice el diafragma en la respiración.

• Equipo:

- Almohadas.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales del paciente.
- Colocar al paciente en la posición decúbito supino con las rodillas fle-

xionadas, con una mano sobre el abdomen y la otra sobre el tórax.
- Instruir al paciente para que inspire lenta y profundamente a través de la nariz, con la boca cerrada. A la vez intentar que el abdomen se eleve lo más posible.
- Evitar expandir el tórax.
- Liberar el aire por la boca muy lentamente, con los labios fruncidos, hasta que el abdomen esté vacío.
- Realizar el ejercicio 10 minutos. Repetir 3-4 veces al día.
- Cuando el paciente domine la respiración diafragmática realizar los ejercicios de pie.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• Observaciones:

La respiración diafragmática debe convertirse en un hábito del paciente.

2.3. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROFARÍNGEAS Y NASOFARÍNGEAS

• Definición:

Extracción de secreciones de las vías respiratorias, cuando el enfermo no puede expulsarlas por sí mismo, mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y traqueal del paciente.

• Objetivos:

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del paciente.
- Conseguir la eliminación de las secreciones que obstruyen la vía aérea para facilitar la ventilación respiratoria.
- Prevenir infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones.

• Equipo:

- Aspirador de vacío.
- Batea.
- Toma de oxígeno.
- Caudalímetro.
- Vacuómetro.
- Tubo conector.

- **Material:**
  - Sondas de aspiración estériles del número adecuado.
  - Recipiente para las secreciones.
  - Guantes estériles.
  - Gasas estériles.
  - Mascarilla.
  - Solución de lavado: agua estéril o suero fisiológico estéril.
  - Empapador.
  - Batas desechables.
  - Bolsa de residuos.
  - Toallitas de papel desechables.
  - Mascarilla de oxígeno.
  - Lubricante estéril.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento a seguir.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Conectar el aspirador y el equipo de aspiración. Comprobar su correcto funcionamiento.
  - Elegir calibre de la sonda adecuado. El diámetro ha de ser igual a la mitad de la vía aérea (adultos: 12-18 F; niños: 6-12 F y lactantes 5-6 F)
  - Seleccionar la presión adecuada en el vacuómetro:adultos 115-150 mmHg, niños 95-115 mmHg y lactantes 50-95 mmHg
  - Colocar al paciente en la posición semi-fowler. Si la aspiración se va a realizar vía oral, situar al paciente con la cabeza ladeada; si es vía nasal, poner el cuello del paciente en hiperextensión; si el paciente está inconsciente, colocarlo en decúbito lateral.
  - Colocar un empapador cubriendo la almohada o bajo la barbilla del paciente.
  - Preoxigenar al paciente si precisa (seguir normas generales en el manejo de la oxígenoterapia)
  - Colocarse mascarilla, guantes estériles y bata desechable.
  - Medir la distancia a introducir, entre el puente nasal y lóbulo de la oreja (aproximadamente unos 13 cm).
  - Lubricar la sonda en la aspiración nasofaríngea.

- Introducir la sonda sin aspiración por la boca o la nariz y realizar una aspiración intermitente al extraer la sonda. Esta maniobra no debe exceder los 10 segundos.
- En la aspiración orofaríngea, insertar la sonda en el lateral de la orofaríngе.
- Limpiar la sonda con gasas estériles y aspirar agua o suero fisiológico estéril.
- Repetir las aspiraciones las veces que sea necesario.
- Desechar la sonda y los guantes tras la aspiración.
- Dejar descansar al paciente entre aspiración y aspiración.
- Animar al paciente para que respire profundamente y realice el procedimiento de tos asistida.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse guantes y mascarilla.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias, características de las secreciones y la respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Técnica estéril.
- Evitar realizar aspiración de secreciones tras las comidas.
- Utilizar una sonda nueva cada vez que se realice la maniobra de aspiración.
- Observar signos de dificultad respiratoria o cardiaca.
- Dejar equipo repuesto tras cada aspiración.

2.4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMÍA.

• Definición:

Introducción de una sonda estéril a través de la cánula de traqueostomía del paciente, conectada a aspiración.

• Objetivos:

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del paciente.
- Conseguir la eliminación de las secreciones que obstruyen la vía aérea para facilitar la ventilación respiratoria.
- Prevenir las infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones.

- **Equipo:**
  - Aspirador de vacío.
  - Batea.
  - Toma de oxígeno.
  - Caudalímetro.
  - Vacuómetro.
  - Tubo conector.

- **Material:**
  - Sondas de aspiración estériles del número adecuado.
  - Recipiente para las secreciones.
  - Guantes estériles.
  - Gasas estériles.
  - Mascarilla.
  - Solución de lavado: agua estéril o suero fisiológico estéril.
  - Empapador.
  - Batas desechables.
  - Bolsa de residuos.
  - Toallitas de papel desechables.
  - Mascarilla de oxígeno.
  - Lubricante estéril.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Seguir procedimiento aspiración de secreciones orofaríngeas y nasofaríngeas.
  - Colocar paciente en semi-fowler.
  - Introducir la sonda de aspiración sin aspirar, como máximo 1 cm más de la longitud de la cánula de traqueostomía.
  - Instilar de 3-5 c.c. de suero fisiológico, si las secreciones son muy espesas, para humidificarlas y estimular la tos.
  - Aspirar secreciones al retirar la sonda con movimientos suaves y ligera rotación.
  - Desechar sonda, mascarilla, guantes y bata.
  - Dejar al paciente en posición adecuada y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
  - Recoger el material.
  - Retirarse los guantes.
  - Realizar lavado de manos.
  - Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, moti-

vo, fecha y hora, incidencias, características de las secreciones y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Técnica estéril.
- La aspiración repetida puede dañar la mucosa y producir ulceración y hemorragias. Está contraindicado el uso de la aspiración como rutina.

2.5. CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA TRAQUEOSTOMÍA

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera al paciente portador de traqueostomía.

• **Objetivos:**

- Mantener la vía aérea (estoma laríngeo) permeable.
- Prevenir las infecciones respiratorias.
- Mantener la piel circundante del estoma en condiciones óptimas.
- Educar al paciente y familia en el manejo de su traqueostomía.

• **Equipo:**

- Ver equipo del procedimiento aspiración de secreciones traqueostomía.
- Toalla.
- Paño estéril.

• **Material:**

- Ver material del procedimiento aspiración de secreciones por traqueostomía.
- Cánula de traqueotomía del número adecuado.
- Cinta de algodón y babero de plástico.
- Guantes estériles.
- 1 Jeringa de 5 c.c. estéril.
- Suero fisiológico (1 ampolla de 10ml)
- Gasas estériles.
- Lubricante estéril (cánulas con balón hinchable).
- Solución antiséptica.
- Bolsa para residuos.
- Registros de enfermería

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Realizar procedimiento de aspiración de secreciones, si procede.
- Retirar la cánula sucia.
- Retirar el material sucio.
- Realizar higiene de la zona que rodea al estoma con suero fisiológico, la limpieza se realizará de dentro hacia fuera.
- Secar y aplicar antiséptico.
- Preparar campo estéril.
- Colocarse guantes estériles.
- Si la cánula lleva balón, comprobar el estado del mismo, para verificar que no está pinchado. Así mismo lubrificar el balón antes de insertar la cánula.
- Insertar la cánula limpia, manteniendo la porción curva hacia abajo.
- Si sólo se retira la cánula interna, fijar con una mano la cánula de traqueostomía y con la mano dominante retirar cánula interna y sustituirla por una limpia estéril.
- El cambio de cánula ha de ser diario.
- Alrededor de la cánula colocar apósitos de gasa estéril para proteger estoma y evitar que las secreciones maceren la piel.
- Proteger y vigilar el estado de la piel que roza con la cinta para prevenir erosiones.
- Desechar sonda, mascarilla y guantes.
- Dejar al paciente en posición adecuada y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Técnica estéril.
- En las laringectomías parciales el cambio de cánula debe ser rápido y cuidadoso para evitar desplazamientos de la tráquea.
- El paciente al irse de alta debe conocer:cuidados de la cánula, estoma, recomendaciones en cuanto a la higiene personal, sexualidad, cuidados de urgencia y los métodos de rehabilitación del habla.

CAPÍTULO III

Procedimientos relacionados con la alimentación del paciente

3.1. ALIMENTACIÓN ORAL

3.1.1. Administración de la dieta oral

• Definición:

Aportar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.

• Objetivos:

- Administrar la dieta adecuada al paciente según sus necesidades, situación de salud, aspectos culturales y creencias religiosas.
- Administrar los cuidados de enfermería necesarios en la ingesta.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la administración de la dieta oral.

• Equipo:

- Vaso y platos.
- Palangana.
- Mesa.
- Toalla.
- Bandeja.

• Material:

- Dieta prescrita.
- Cañitas flexibles.
- Cubiertos.
- Servilletas.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Identificar la dieta prescrita. Si existen alergias o intolerancias a algún alimento, verificar su ausencia de la dieta.
- Revisar los artículos de la bandeja, comparándolos con los de la tarjeta. Arreglar la bandeja si fuera necesario.
- Crear un ambiente placentero durante la comida.
- Proporcionar alivio adecuado al dolor antes de las comidas, si procede.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Pedir al paciente que se lave las manos o ayudarle si fuera necesario.
- Ayudar al paciente a colocarlo en posición adecuada (sentado en posición recta, con la cabeza y cuello ligeramente flexionados)
- Colocar la mesa con la bandeja al alcance del paciente.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Dar tiempo suficiente para la ingesta.
- En pacientes que no puedan comer sin ayuda:
  1. Administrar cantidades pequeñas a pacientes adultos de edad avanzada y con alteraciones neurológicas. Valorar masticación, deglución y fatiga.
  2. Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos. Cortar la comida en piezas pequeñas.
  3. Acompañar la comida con agua, y ofrecérsela cuando la solicite.

- Proporcionar las comidas a temperatura adecuada.
- Solicitar al paciente que nos avise cuando haya acabado de comer.
- Realizar higiene bucal y lavado de manos después de las comidas.
- Observar y anotar la cantidad ingerida.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
- Retirar la bandeja.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: valoración de la ingesta, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Posponer la comida si el paciente estuviera fatigado.
- Si es posible, ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.

3.1.2. Prevención de la aspiración

• Definición:

Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo de broncoaspiración en el paciente.

• Objetivo:

Evitar la broncoaspiración durante la alimentación oral.

• **Equipo:**

Ver equipo del procedimiento administración de la dieta oral.

• **Material:**

- Ver material del procedimiento administración de la dieta oral.
- Alimentos pastosos.
- Espesantes.
- Gelatina.

• **Procedimiento:**

- Seguir procedimiento administración de la dieta oral.
- Preguntar al paciente si presenta alguna dificultad para tragar.
- Evitar la ingesta de líquidos y utilizar agentes espesantes.
- Ofrecer al paciente alimentos semiblandos en pequeña cantidad.
- Insistir a los pacientes con hemiplejía que mastiquen por el lado no afecto.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Valorar la aparición de signos de dificultad como:tos,disnea,babeo, etc.
- Mantener al paciente incorporado 30 a 60 minutos después de la ingesta para evitar el reflujo gastro-esofágico.
- Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración.
- Retira la bandeja.
- Realizar higiene bucal y lavado de manos después de las comidas.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, con acceso al timbre y objetos personales.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: valoración de la ingesta, incidencias y respuesta del paciente.

3.1.3. Progresión de la dieta oral

• **Definición:**

Instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según la tolerancia del paciente.

• **Objetivo:**

Facilitar la absorción y digestión de la dieta a través de la modificación de la textura de la misma.

• **Material:**

- Dieta prescrita.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Corroborar la prescripción facultativa de dieta progresiva.
- Determinar la presencia de sonidos intestinales y la salida de flato.
- Comprobar la tolerancia al agua del paciente,si la tolerancia es buena iniciar progresión.
- La progresión de la dieta debe seguir las siguientes fases: dieta líquida, semiblanda, blanda y basal.
- Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.
- Registrar en la documentación de enfermería la tolerancia y la etapa de la progresión de la dieta en la que se encuentra el paciente.

• **Observaciones:**

- Dieta líquida: destinada a pacientes que tras un periodo de ayuno o bien tras una cirugía, no puede establecer una dieta completa. Compuesta por pequeñas cantidades de alimento, con texturas fluidas y alimentos de fácil digestión.
- Dieta semiblanda: es una dieta de progresión,por lo que aumenta la consistencia, con las mismas indicaciones que la anterior.
- Dieta Triturada: problemas de masticación y deglución.
- Dieta blanda o blanda mecánica: sirve como progresión a la basal, por lo que posee una textura suave y de fácil masticación. No se aceptan vegetales crudos, cereales completos, fritos y guisos, las grasas están limitadas sobre todo las de origen animal.
- Dieta basal o normal: es la dieta normal indicada a pacientes sin ninguna patología ni recomendación especial.

3.2. ALIMENTACIÓN ENTERAL

3.2.1. Técnica de inserción de la sonda nasogástrica y nasointestinal

• **Definición:**

Introducción de una sonda flexible en la cavidad gástrica o intestino delgado a través de las fosas nasales con fines alimenticios, terapéuticos o diagnósticos.

- **Objetivos:**
  - Administrar alimentación como vía alternativa a la alimentación oral.
  - Administrar medicación cuando la vía oral no es posible.
  - Prevenir aspiraciones en pacientes con alteración del nivel de conciencia.
  - Realizar lavado gástrico en caso de intoxicaciones.
  - Extraer el contenido gástrico con fines diagnósticos y terapéuticos.

- **Equipo:**
  - Toallas.
  - Vaso con agua.
  - Fonendoscopio.
  - Batea.
  - Equipo de aspiración, drenado o de alimentación.

- **Material:**
  - Sonda nasogástrica estéril adecuada según el motivo del sondaje (Levin, Salem, etc.)
  - Lubricante hidrosoluble.
  - Cañita.
  - Guantes desechables no estériles.
  - Bolsa para residuos.
  - Gasas estériles.
  - Esparadrapo antialérgico.
  - 1 Jeringa de 50 c.c.
  - Tapón de sonda nasogástrica.
  - Depresor lingual.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento del sondaje nasogástrico:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocar al paciente en posición Fowler .
  - Colocarse los guantes no estériles.
  - Examinar mucosa bucal y orificios nasales. Pedir al paciente que se suene.
  - Elegir orificio nasal con mayor permeabilidad.

- Retirar prótesis dentales.
- Colocar toalla o paño sobre el tórax del paciente.
- Comprobar que la sonda no presenta defectos y es permeable.
- Medir de forma aproximada la longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoides.Marcar la distancia con un rotulador (suele ser entre unos 45 cm y 55 cm)
- Lubricar bien el extremo distal de la sonda unos 15-20 cm con una gasa y lubricante hidrosoluble.
- Con la cabeza hiperextendida (hacia atrás) introducir la sonda a través de la fosa nasal hacia la zona posterior de la garganta. Al llegar a nasofaringe tras haber pasado los cornetes (aquí existe una pequeña resistencia) solicitar al paciente que flexione la cabeza hacia delante. Esta maniobra puede producir náuseas.
- Facilitar el procedimiento,solicitándole al paciente que beba pequeños sorbos de agua,si no es posible,insistir en la necesidad de respirar por la boca y deglutir durante la técnica.
- Avanzar de 5 a 10 cm en cada deglución hasta llegar a la señal prefijada. Si se encuentra alguna resistencia, el paciente tose, se ahoga o presenta cianosis, interrumpir la maniobra y retirar la sonda.
- Comprobar la correcta colocación de la sonda:
  1. Aspirar con jeringa de 50 ml para obtener contenido gástrico.
  2. Introducir de 20-30 ml de aire con la jeringa por la sonda y auscultar en el epigastrio (cuadrante superior izquierdo abdominal) para oír la entrada de aire.La ausencia de ruido indica mala colocación.

- Fijar la sonda a la nariz sin impedir la movilidad y visibilidad del paciente y evitando decúbitos en fosas nasales.
- Conectar al extremo de la sonda el sistema de drenaje, equipo de alimentación o pinzar la sonda con la pinza o colocar tapón de la sonda, según prescripción médica.
- Dejar al paciente en posición cómoda y facilitarle el acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- En prematuros y neonatos medir la distancia desde el puente nasal hasta el extremo inferior del esternón. Para comprobar la colocación de la sonda, introducir entre 2-5 c.c de aire.
- Si durante el procedimiento el paciente tiene náuseas y vómitos y no avanza la sonda,puede que exista un acodamiento o que la sonda esté doblada en la boca o garganta. Inspeccionar la boca ayudándose de un depresor y si fuese necesario retirar la sonda.

• Procedimiento del sondaje nasointestinal:

- Insertar la sonda nasointestinal siguiendo el mismo procedimiento que la sonda nasogástrica excepto:
  1. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho, una vez introducida la sonda para facilitar el paso al duodeno.
  2. Dejar colocada la guía hasta la confirmación radiológica de la correcta colocación de la sonda.

- Comprobar que el contenido de líquido intestinal sea menor de 30 ml o no exista (si hubiera más cantidad puede deberse a un desplazamiento de la sonda hacia el estómago)

• Observaciones de la SNI:

No intentar nunca reinsertar la guía retirada, mientras la sonda de alimentación permanezca colocada (puede perforar el tracto gastrointestinal)

3.2.2. Cuidados generales en el paciente portador de sonda nasogástrica

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente con sonda gastrointestinal.

• Objetivos:

- Mantener en buen estado y funcionamiento la sonda gastrointestinal.
- Evitar las posibles complicaciones producidas por la sonda (decúbitos, sequedad de mucosa oral, etc.)
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la sonda nasogástrica.

- **Equipo:**
  - Equipo de aspiración y drenado.
  - Carro de curas.

- **Material:**
  - Esparadrapo antialérgico.
  - Sonda nasogástrica.
  - Vaselina crema.
  - Guantes no estériles.
  - Colutorios comerciales.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocarse los guantes no estériles.
  - Enseñar al paciente y familia como moverse para evitar desplazamiento o tirones.
  - Realizar higiene bucal con enjuagues 3 veces al día. Lubricar labios con vaselina, si precisa.
  - Realizar higiene nasal con bastoncillos humedecidos.
  - Cambiar apósito fijador c/24 h.y movilizar la sonda para evitar lesiones en mucosa gástrica y fosa nasal.
  - Lavar la sonda con agua (50 ml) cada 8 horas, tras las comidas y cuando vaya a permanecer cerrada. Tras la administración de medicación lavar con 20-25 ml de agua.
  - Observar cada 8 horas la cantidad, color y consistencia del líquido drenado.
  - Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción del tubo.
  - Cambiar la sonda: PVC o polietileno cada 7-14 días,silicona o poliuretano cada 2-3 meses.
  - Dejar al paciente en posición adecuada y con fácil acceso a sus objetos personales y timbre.
  - Recoger el material.
  - Retirarse los guantes.
  - Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, el motivo, aspecto de la piel circundante, cantidad y características del líquido drenado, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

La sonda no se movilizará en caso de que el paciente haya sido sometido a cirugía esofágica y gástrica.

3.2.3. Retirada de la sonda nasogástrica y nasointestinal

• Definición:

Extracción de la sonda nasogástrica o nasointestinal del interior del paciente.

• Objetivo:

Retirar la sonda cuando el paciente ya no la necesite, esté obstruida o en posición incorrecta.

• Equipo:

- Batea.
- Pinza de clampar.
- Equipo para higiene bucal.

• Material:

- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- 1 Jeringa de 50 c.c.
- Gasas.
- Guantes desechables no estériles.
- Material para higiene bucal.
- Toallitas de celulosa.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento y que puede ocasionar alguna molestia nasal o náuseas.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.

- Colocar al paciente en posición semi-fowler.
- Ponerse los guantes no estériles.
- Colocar un empapador encima del tórax del paciente.
- Desconectar la sonda del sistema de aspiración o del equipo de nutrición enteral, si lo hubiera.
- Introducir 10 c.c de aire o agua por la sonda para que no contenga contenido gástrico al retirarla (en pacientes pediátricos de 3- 5 c.c. de agua)
- Retirar las fijaciones de la sonda.
- Pinzar la sonda.
- Pedir al paciente que retenga la respiración para que así se cierre la epiglotis.
- Retirar la sonda suavemente y sin pausa.
- Depositar la sonda en la bolsa de residuos.
- Limpiar los residuos adheridos a la nariz.
- Proporcionar material para la higiene bucal.
- Mantener durante 30 min al paciente en posición semi-fowler para prevenir aspiración.
- Recoger material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Valorar, una vez retirada la sonda, posibles alteraciones gastrointestinales (vómitos, diarrea, distensión abdominal, etc.) y comunicarlo al médico.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

3.2.4. Alimentación enteral por sonda

• Definición:

Aporte de nutrientes y agua a través del tubo digestivo por medio de sonda.

• Objetivos:

- Mantener un estado nutricional óptimo.
- Aportar los nutrientes y agua necesarios utilizando una vía lo más fisiológica posible.
- Mantener la función intestinal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la alimentación por sonda.

• **Equipo:**

- Bomba de infusión de nutrición enteral.
- Fonendoscopio.
- Pinza de clamp.
- Soporte de gotero.
- Vaso.

• **Material:**

- Agua.
- Bolsa para administración de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- 1 Jeringa de 50 c.c. estéril.
- Guantes no estériles.
- Preparado comercial de nutrición enteral.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda para alimentación de nutrición enteral.
- Tapón para la sonda nasogástrica.
- Toallitas de celulosa.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición Fowler durante el procedimiento y hasta una hora después de la administración de la nutrición.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Comprobar la correcta colocación de la sonda y su permeabilidad.
- Comprobación de la tolerancia antes de cada toma y cambio de botella, verificando que el residuo no sea superior a 100 ml en pacientes adultos (volver a introducir el residuo).

Administración intermitente en bolo:

Pinzar la sonda.

Conectar el cilindro de la jeringa de 50 c.c. sin el émbolo al extremo de la sonda.

Rellenar con el preparado comercial.

Despinzar la sonda.
Dejar que el preparado caiga por gravedad o ejerciendo una ligera presión.
Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 25 ml de agua en adultos y no más de 10 ml en niños.

Administración intermitente por gravedad:
Pinzar la sonda.
Conectar el sistema de goteo a la botella del preparado comercial y a la sonda.
Despinzar sonda.
Regular la velocidad de goteo.
Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 25 ml agua en adultos y 10 ml en niños.

Administración infusión continua por bomba:
Pinzar la sonda.
Conectar el sistema de la bomba al extremo distal de la sonda y programar el ritmo.
Comprobar tolerancia cada 4-8 horas o cambio de botella.
Lavar la sonda con agua cada 8 horas con 25 ml de agua y siempre que se administre medicación o cambio de botella.
Cambiar sistema y bolsa de alimentación cada 24 horas.

- Cuando haya pasado una hora tras la administración de la nutrición enteral, dejar al paciente en una posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, ingesta, fecha y hora, tolerancia y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema pero sí la higiene máxima.
- Se utiliza siempre que exista alguna dificultad en la ingesta oral en pacientes con funcionamiento correcto del intestino.
- Mantener las fórmulas nutricionales en lugar seco, no expuestas al sol y a temperatura ambiente.Los productos nutricionales no deben

permanecer abiertos más de 12 horas.
- Vigilar la aparición de vómitos, diarrea, distensión abdominal, etc. si aparecen comunicarlo al médico.
- Pesar cada 72 horas, si las condiciones del paciente lo permiten.
- Medir la diuresis cada 24 horas y las deposiciones observando el número y aspecto.

Formas de administración de la nutrición enteral:

1. *Bolus con jeringa:* método que presenta más riesgo de aspiración, vómitos,diarrea y distensión abdominal.Se suele administrar 300-500 ml de 5-8 veces al día en función de la tolerancia. Se debe administrar muy lentamente.
2. *Goteo por bomba de infusión:* es el método de elección sobre todo en pacientes graves. Permite regular la dosificación. Es muy útil cuando se administran grandes volúmenes o se utilizan sondas muy finas o fórmulas muy densas.
3. *Continuo:* método mejor tolerado. Puede realizarse a lo largo de todo el día o durante 12-16 horas tanto por el día como por la noche.
4. *Intermitente:* 350 ml durante un período 20-30 min de 5-8 veces al día.

3.2.5. Alimentación enteral por gastrostomía/yeyunostomía

- **Definición:**

  Aporte de nutrientes y agua a través de una gastrostomía/yeyunostomía.

- **Objetivos:**
  - Proporcionar una nutrición equilibrada al paciente para mantener un estado nutricional óptimo.
  - Mantener la función intestinal.
  - Educar al paciente y familia en los cuidados de la gastrostomía/yeyunostomía.

- **Equipo:**
  - Bomba alimentación enteral.
  - Fonendoscopio.
  - Soporte de gotero.

• **Material:**

- Bolsa de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- Apósito fijador.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles y no estériles.
- Preparado comercial de nutrición enteral.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda gastrostomía/yeyunostomía.
- Toallitas de celulosa.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Seguir procedimiento alimentación enteral por sonda.
- Comprobar ruidos intestinales.
- Comprobar residuo gastrointestinal (no debe ser > 30 ml antes de iniciar alimentación en la yeyunostomía).
- Pasar 30 ml de agua por sonda antes de la alimentación (en niños no más de 5 ml).
- Administrar la alimentación en infusión continua.
- Técnica aséptica si el estoma no esta cicatrizado.
- Fijar la sonda al abdomen para evitar tracciones o contaminación.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si no hay ruido intestinal, avisar al médico.
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema, pero sí máxima higiene.
- La temperatura de la nutrición debe estar temperatura ambiente.
- Anotar y comunicar al médico las incidencias como vómitos, diarrea, distensión abdominal, molestias abdominales.

Formas de administración de la nutrición enteral:

5. *Bolus con jeringa:* método que presenta más riesgo de aspiración, vómitos,diarrea y distensión abdominal.Se suele administrar 300-500 ml de 5-8 veces al día en función de la tolerancia. Se debe administrar muy lentamente.
6. *Goteo por bomba de infusión:* es el método de elección sobre todo en pacientes graves. Permite regular la dosificación. Es muy útil

cuando se administran grandes volúmenes o se utilizan sondas muy finas o fórmulas muy densas.

7. *Continuo:* método mejor tolerado. Puede realizarse a lo largo de todo el día o durante 12-16 horas tanto por el día como por la noche.
8. *Intermitente:* 350 ml durante un período 20-30 min de 5-8 veces al día.

3.3. ALIMENTACIÓN PARENTERAL TOTAL

• Definición:

Aporte por vía intravenosa de macro y micronutrientes en cantidades que sean suficientes y equilibradas.

• Objetivos:

- Mantener un estado nutricional óptimo.
- Proporcionar al paciente las sustancias nutritivas por una vía central cuando no puede tolerar la alimentación oral o enteral.

• Equipo:

- Paños estériles.
- Soporte de gotero.
- Bomba perfusión.

• Material:

- Bolsa de alimentación parenteral.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Hoja de tratamiento.
- 1 Jeringa estéril de 5-10 ml.
- 1 aguja intravenosa.
- 1 ampolla de suero fisiológico de 10 ml.
- Medicación prescrita.
- Sistema de bomba de perfusión.
- Solución antiséptica.
- Etiquetas y rotulador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Identificar la unidad nutriente.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes estériles.
- Antes de conectar la alimentación, comprobar estado catéter central: la permeabilidad con suero fisiológico y los signos y síntomas de contaminación.
- Preparar con rigurosa asepsia la alimentación.
- Desinfectar con solución antiséptica el extremo distal del catéter central.
- Conectar sistema al catéter y programar el ritmo de perfusión de la alimentación según la prescripción de farmacia.
- Realizar balance hídrico.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: fecha de comienzo, tolerancia, ritmo, resultados analíticos, posibles incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- No administrar fármacos, hemoderivados o sueros por la misma vía de la nutrición parenteral total.
- Utilizar una luz del catéter sólo para NPT: no utilizar para administrar hemoderivados o tomar la presión venosa central.
- Controlar peso del paciente y las glucemias capilares según la prescripción facultativa.
- Evitar manipulaciones del sistema.
- Administrar la nutrición siempre por bomba de perfusión.
- Seguir estrictas medidas de asepsia en cualquier manipulación.
- La alimentación parenteral no se debe interrumpir bruscamente, si esto ocurriera se administrará suero glucosado al 10 % al mismo ritmo para evitar hipoglucemias.
- Las soluciones cuyo color haya cambiado, desecharlas.
- Las unidades de nutrición han de conservarse en nevera hasta un máximo de 72 horas.

Elección y mantenimiento de vías en la NPT:

- Utilizar una vía central como vía de elección.
- Las venas más usuales suelen ser la subclavia y la yugular pues presentan menor incidencia de contaminación e infección que las venas inferiores como la femoral.
- Cubrir con un apósito de gasa estéril impregnada en solución antiséptica la unión del catéter y el equipo de infusión.
- Revisar cada 24 horas el punto de inserción del catéter mediante palpación y técnica estéril; sí no hay dolor a la palpación, sustituir el apósito cada 72 horas, en cambio,si existe dolor levantar el apósito y observar los signos y síntomas de inflamación e infección. Si es positivo retirar el catéter y si es negativo cambiar el catéter cada 15 días.
- Cambiar el equipo de infusión de nutrición parenteral total y la unidad nutriente cada 24 horas de forma estéril.

CAPÍTULO IV

Procedimientos relacionados con la eliminación del paciente

4.1. MEDICIÓN Y CONTROL DE DIURESIS.

• Definición:

Cuantificación y valoración de la cantidad de orina eliminada por el paciente en un periodo de tiempo determinado.

• Objetivos:

- Cuantificar la cantidad de orina eliminada por el paciente.
- Determinar las características físicas de la orina: color, olor, presencia de sangre u otros elementos anormales.

• Equipo:

- Soporte para bolsa de orina.
- Cuña o botella.
- Recipiente graduado.

• Material:

- Guantes desechables.
- Bolsa orina.
- Pañal-braga.
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente sobre la necesidad del control de diuresis y explicarle que no realice micciones en el WC.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Verter la orina en el recipiente graduado y medir.
- Desechar en el WC.
- Si el paciente esta sondado (sistema cerrado), anotar la cantidad de orina de la bolsa en la gráfica y vaciar la bolsa.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería cantidad de orina, aspecto, olor, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Los niños que no controlan esfínteres, se medirá por el sistema de doble pesada: pesar pañal seco, luego el mojado y restar el primero al segundo y anotar.

4.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CONTINENTE DEPENDIENTE

4.2.1. Manejo del orinal tipo botella

• **Definición:**

Colocación y retirada de un dispositivo (botella) en el pene del paciente para depositar la orina cuando el paciente no puede hacer uso por sí mismo del inodoro debido a limitaciones en la movilidad, enfermedades neurológicas, psiquiátricas, etc.

• **Objetivos:**

- Facilitar la eliminación urinaria en el paciente varón dependiente.
- Educar al paciente y familia en el manejo del orinal tipo botella.

• **Equipo:**

- Botella.
- Recipiente graduado.
- Palangana.
- Ver equipo procedimiento higiene de los genitales.

• **Material:**

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Empapador.
- Detergente.
- Lejía.
- Guantes no estériles.
- Papel higiénico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Colocarse los guantes.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Ayudar al paciente para que adopte una posición adecuada.
- Colocar empapador si el paciente está encamado.
- Proporcionar la botella y en caso de necesitar ayuda, colocar la botella entre las piernas del paciente e introducir el pene.
- Retirar la botella al finalizar la micción y llevarla al sitio destinado para su limpieza.
- Facilitar el papel higiénico o ayudar en la limpieza de los genitales.
- Ayudar o proporcionar material para higiene de las manos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y adecuada con acceso fácil al timbre y a sus objetos personales.
- Verter la orina en el recipiente graduado y medir, si precisa.
- Desechar en el WC.
- Realizar limpieza y desinfección de la botella.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería diuresis y características de la orina, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.2.2. Manejo del orinal tipo cuña

• Definición:

Colocación y retirada de un dispositivo (cuña) para que la paciente pueda llevar a cabo tanto la eliminación urinaria (mujeres) como fecal, cuando el paciente no puede hacer uso por sí mismo del inodoro debido a limitaciones en la movilidad, enfermedades neurológicas, psiquiátricas, etc.

• Objetivos:

- Facilitar la eliminación fecal y urinaria del paciente encamado.
- Educar al paciente y familia en el manejo de la cuña.

• Equipo:

- Recipiente graduado.
- Cuña.
- Ver equipo procedimiento higiene de los genitales.

• Material:

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Guantes no estériles.

- Papel higiénico.
- Detergente.
- Lejía.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Ofrecer la botella si es un varón.

- PACIENTE CON MOVILIDAD:

Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera de la cama elevada.
Retirar ropa de la cama.
Pedir al paciente que flexione las rodillas y levante las caderas.
Introducir cuña bajo los glúteos y asegurarse que está bien centrada.

- PACIENTE SIN MOVILIDAD:

Colocar la cama del paciente en posición horizontal.
Retirar la ropa de cama.
Colocar al paciente en decúbito lateral.
Colocar la cuña bajo las nalgas.
Girar al paciente sobre su espalda con la cuña colocada en las nalgas.
Comprobar que la cuña está centrada bajo el paciente.
Elevar cabecera para su comodidad sino está contraindicado.

- Cubrir al paciente con la sábana superior.
- Proporcionar el papel higiénico.
- Dar tiempo necesario e informar al paciente que nos avise al finalizar.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Colocarse los guantes desechables no estériles.
- Retirar la cuña y trasladarla al sitio destinado para la limpieza.
- Ayudar en la higiene de los genitales.

- Cambiar empapador si precisa y dejar la ropa de la cama bien colocada.
- Proporcionar material para la higiene de las manos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Verter la orina en un recipiente graduado y medir, si precisa
- Desechar en el WC.
- Realizar limpieza y desinfección de la cuña.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.2.3. Manejo del colector urinario

• Definición:

Colocación en el pene del paciente con incontinencia urinaria de un dispositivo (colector) que reconduce la orina a un recipiente (bolsa).

• Objetivos:

- Facilitar la evacuación de la orina en pacientes con incontinencia pero con vaciado vesical completo.
- Educar al paciente y familia en el manejo del colector urinario.

• Equipo:

- Soporte para bolsa.
- Ver equipo procedimiento higiene de los genitales.

• Material:

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Bolsa orina.
- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- Equipo colector: funda del tamaño adecuado y banda elástica adhesiva.
- Guantes desechables no estériles.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar todo el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Colocarse los guantes no estériles.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera elevada para su comodidad.
  - Poner empapador en los glúteos del paciente.
  - Retirar pantalón del pijama.
  - Realizar higiene de los genitales. Secar el pene sin friccionar.
  - Cubrir al paciente dejando expuesto el pene.
  - Observar el pene para detectar irritaciones cutáneas, fisuras o inflamación que contraindique el uso del colector.
  - Retirar el vello del pene hacia la base.
  - Extender la funda,que ya viene enrollada en el equipo,sobre el pene dirigiéndola hacia la base de este, dejando aproximadamente 2,5 cm entre la punta del glande y el final de la funda.
  - Fijar la funda al pene sin apretar demasiado con la tira de esparadrapo elástico alrededor de la base del pene y por encima de la funda. El esparadrapo no debe entrar en contacto con la piel y debe mantener fija la funda, sin impedir la circulación sanguínea.
  - Conectar el sistema de bolsa de orina al colector.
  - Colocar bolsa al soporte siempre por debajo de la vejiga. Si el paciente va a caminar fijarla a su pierna.
  - Instruir al paciente y familia sobre el manejo del sistema.
  - Colaborar con el paciente a vestirse.
  - Recoger el material.
  - Retirar los guantes.
  - Realizar lavado de manos.
  - Observar a los 30 minutos y después cada turno, la eliminación urinaria, aspecto y coloración del pene para asegurar un correcto funcionamiento.
  - Retirar y cambiar el colector cada 24 horas durante la realización de la higiene.
  - Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- No debe utilizarse durante largos periodos de tiempo.
- Vigilar posible retención urinaria, así como signos de infección.
- El cambio de bolsa se realizará con la frecuencia necesaria para que no se llene en exceso y pese demasiado.
- No está recomendado en pacientes con obstrucción crónica y se debe valorar más exhaustivamente en pacientes con neuropatías.

4.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INCONTINENCIA

4.3.1. Cuidados en la incontinencia intestinal

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminadas a la estimulación de la continencia intestinal y el mantenimiento de la integridad de la piel perineal.

• **Objetivos:**

- Implantar un programa de educación sanitaria para la disminución de la incontinencia intestinal.
- Mantener la integridad de la piel.
- Estimular y promover el autocuidado.
- Concienciar al paciente y familia que la incontinencia no es una enfermedad sino un problema de salud.

• **Equipo:**

- Cuña o palangana.
- Toallas.

• **Material:**

- Compresas higiénicas.
- Gasas no estériles.
- Torundas.
- Pañal-braga.
- Guantes no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar al paciente y familia la etiología del problema y la base de las actividades de enfermería.
- Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente y familia.
- Instruir al paciente y familia a que lleve un registro de defecación.
- Lavar la zona perineal con agua y jabón y secarla bien después de cada deposición.
- Mantener la cama y ropa de cama limpias.
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal:
  1. Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido en fibra y vigilar su ingesta.
  2. Asegurar ingesta adecuada de líquidos.
  3. Dedicar para la defecación un tiempo coherente sin interrupciones. Ir al inodoro a intervalos regulares.
  4. Disponer de intimidad.
  5. Evaluar estado intestinal a intervalos regulares.
  6. Realizar ejercicios de Kegel.

- Vigilar por si se produce evacuación intestinal adecuada.
- Controlar la dieta y la ingesta de líquidos.
- Utilizar bolsa rectal si fuese necesario.
- Colocar pañal, si precisa.
- Registrar en la documentación de enfermería las actividades realizadas.

4.3.2. Cuidados en la incontinencia urinaria

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminados a fomentar la continencia urinaria y a mantener la integridad de la piel perineal.

• **Objetivos:**

- Implantar programa de educación sanitaria para disminuir la incontinencia urinaria.
- Mantener la integridad de la piel de la región perineal.
- Concienciar al paciente y familia que la incontinencia no es una enfermedad sino un problema de salud.
- Favorecer el bienestar físico y psíquico del paciente.

• **Equipo:**

- Cuña o palangana.
- Toallas

• **Material:**

- Compresas higiénicas.
- Gasas no estériles.
- Torundas.
- Pañal-braga.
- Guantes no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Identificar las causas que provocan la incontinencia.
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar al paciente la etiología del problema y el fundamento de los cuidados a realizar.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Modificar la vestimenta para facilitar acceso al aseo.
- Ayudar a seleccionar compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo.
- Proporcionar prendas protectoras.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante las 2-3 horas anteriores a irse a la cama.
- Enseñar al paciente a registrar la producción y esquema urinario.
- Limitar la ingesta de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate).
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento de la vejiga urinaria:
  1. Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
  2. Mantener un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el esquema de eliminación.
  3. Establecer un intervalo de tiempo inicial para ir al aseo, en fun-

ción del esquema de eliminación. El intervalo para ir al aseo debe ser de 1-2 horas.
4. Proporcionar intimidad.
5. Llevar al paciente al aseo si precisa.
6. Disminuir el intervalo de tiempo de ir al aseo en 30 minutos si se producen más de 3 episodios de incontinencia en 24 horas.
7. Aumentar el intervalo de ir al aseo en una hora si el paciente no tiene ningún episodio de incontinencia durante 3 días.
8. Realizar los ejercicios de Kegel.

- Registrar en la documentación de enfermería los cuidados realizados, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.3.3. Ejercicios de Kegel

• Definición:

Ejercicios musculares que fortalecen la musculatura pélvica y mejoran el control de los esfínteres urinario y anal.

• Objetivos:

- Disminuir la incontinencia fecal y urinaria.
- Educar al paciente y familia sobre los ejercicios de Kegel.

• Material:

Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Informar al paciente y explicarle los ejercicios.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Posición del paciente: sentado o de pie con las piernas separadas.
- Contraer recto, uretra y vagina hacia arriba y mantener contraídos durante 5 minutos.
- Realizar 5-6 contracciones al principio y a medida que se van fortaleciendo los músculos aumentar el número a 25 o más. El objetivo es llegar a realizar 200 contracciones al día.
- Intentar interrumpir y volver a iniciar flujo de orina al miccionar.
- Enseñar al paciente a controlar la incontinencia por esfuerzo realizando los ejercicios de Kegel cuando tenga que realizar algún esfuerzo (toser, reír, estornudar o levantar peso).

4.5. CONTROL DE HECES

• Definición:

Medición del patrón de evacuación intestinal del paciente.

• Objetivos:

Valorar los hábitos de eliminación intestinal del paciente durante la hospitalización.

• Equipo:

- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Ver equipo de manejo y colocación del orinal tipo cuña.

• Material:

- Material de higiene de los genitales.
- Material de manejo del orinal tipo cuña.
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Si el paciente es autónomo, preguntar sobre el patrón de eliminación fecal: cuándo defecó y las características de las heces.
- Si el paciente es dependiente: aplicar el procedimiento manejo del orinal tipo cuña. Realizar higiene de los genitales.
- Observar la cantidad,consistencia,aspecto y color de la deposición.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: los cuidados realizados, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.6. FOMENTO DE LA ELIMINACIÓN FECAL

• Definición:

Conjunto de medidas que adopta la enfermera para prevenir y aliviar el estreñimiento.

- **Objetivos:**
  - Facilitar al paciente la evacuación intestinal diaria, con medidas higiénico-dietéticas.
  - Educar al paciente y familia en las medidas higiénico-dietéticas para fomentar la eliminación fecal.

- **Equipo:**
  - Ver equipo de higiene de los genitales.
  - Fonendoscopio.

- **Material:**
  - Material de higiene de los genitales.
  - Registros de enfermería

- **Procedimiento:**
  - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
  - Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
  - Comprobar movimientos intestinales a través de la auscultación del abdomen.
  - Identificar los factores (medicamentos,reposo en cama y dieta) que puedan ser la causa del estreñimiento.
  - Establecer una pauta de ir al aseo.
  - Administrar una dieta rica en fibra y abundantes líquidos, si no está contraindicado.
  - Instruir al paciente en el uso correcto de los laxantes si precisa.
  - Incentivar al paciente para que camine o se mueva en la cama.
  - Preservar la intimidad y facilitar el acceso al cuarto de baño.
  - Administrar laxantes o enemas prescritos si precisa.
  - Extraer la impactación fecal manualmente, si precisa
  - Ayudar al paciente a realizar higiene de los genitales, si precisa.
  - Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
  - Registrar en la documentación de enfermería: los cuidados realizados, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**

En caso de no ser efectivas estas medidas, comunicarlo al médico responsable del paciente.

4.7. EXTRACCIÓN MANUAL DE UN FECALOMA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para extraer la acumulación anormal de materia fecal que forma una masa endurecida en la porción inferior del intestino.

• Objetivos:

- Reestablecer el tránsito intestinal habitual del paciente.
- Fomentar la eliminación fecal.
- Aliviar el malestar que provoca la impactación fecal.

• Equipo:

- Equipo de higiene de los genitales.

• Material:

- Material de higiene de los genitales.
- Lubricante.
- Empapador.
- Guantes desechables no estériles.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Proteger la cama con el empapador.
- Colocar al paciente en posición de Sims y acercarle la cuña.
- Colocarse los guantes.
- Lubricar el dedo índice e introducirlo en el esfínter anal.
- Pedirle al paciente que realice respiraciones profundas para que se relaje.
- Extraer fecalomas mediante movimientos del dedo, si son excesivamente grandes no se intentarán sacar sin antes fragmentarlos manualmente.
- Solicitar la colaboración del paciente pidiéndole que haga esfuerzos para que los fecalomas bajen desde la ampolla rectal.
- Realizar higiene de los genitales.

- Colocar al paciente en posición adecuada y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

Tras la extracción de fecalomas vigilar la posible aparición de hemorragias rectales.

4.8. SONDAJES

4.8.1. Sondaje vesical

• Definición:

Inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.

• Objetivos:

- Controlar la incontinencia urinaria en pacientes encamados.
- Evacuar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Prevenir alteraciones relacionadas con la diuresis.

• Equipo:

- Batea.
- 2 Paños estériles.
- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Pinza de clampar.

• Material:

- Esparadrapo hipoalergénico
- Bolsa de orina y soporte.
- Antiséptico diluido.
- 1 Jeringa de 10 c.c. estéril.
- 1 ampolla de 10 ml de agua destilada o suero fisiológico.
- Guantes estériles.
- Guantes desechables no estériles.
- Lubricante urológico estéril.

- Mascarilla, gorro y bata.
- Sonda vesical Foley del nº adecuado.
- 1 Tapón estéril.
- Ver material de higiene de los genitales.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar procedimiento al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Realizar higiene de los genitales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos antiséptico.
- Preparar el campo estéril depositando el material que se va a utilizar estéril sobre él.
- Colocarse guantes estériles, bata, gorro y mascarilla.
- Comprobar el correcto estado del balón de la sonda inflándolo.
- Lubricar punta del catéter vesical.
- Conectar catéter a circuito de drenaje cerrado.

HOMBRE:

1. Retirar prepucio y aplicar solución antiséptica en los genitales.
2. Lubricar glande y parte interna de la uretra introduciendo envase de lubricante estéril.
3. Coger el pene con la mano no dominante y sostenerlo a 90º,retrayendo prepucio y dejando glande al descubierto.
4. Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla por el meato hasta notar un tope.
5. Colocar el pene en posición horizontal y hacer ligera tracción hacia delante indicando al paciente que respire profundamente y seguir introduciendo hasta que fluya la orina (aprox. 20 cm en adultos)
6. Inflar el globo con la jeringa cargada con suero fisiológico o agua destilada (cantidad que indique el fabricante unos 10 ml aprox.) y retirar hasta notar resistencia.
7. Colocar prepucio en posición fisiológica.
8. Colocar la bolsa al soporte y ponerla por debajo de la vejiga del paciente.
9. Fijar sonda con esparadrapo en la cara superior del muslo.

MUJER: (igual que el hombre excepto)

1. Aplicar el antiséptico a chorro de arriba hacia abajo.
2. Introducir la sonda vesical abriendo la vulva de la paciente y colocando el pulgar y el índice de la mano no dominante entre los labios menores.
3. Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla por el meato urinario suavemente (progresar el catéter durante la inspiración de la paciente ya que en ese momento se relaja el músculo externo del esfínter).
4. No insistir si existiera obstrucción o dificultad.

- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: motivo del sondaje, día y hora, tipo y calibre del catéter, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- La complicación más frecuente es la infección urinaria.
- Cuando exista retención urinaria (globo vesical) no permitir vaciado de más de 250 c.c. de una vez.
- Evitar dobleces o torsiones de la sonda.
- Avisar al médico si transcurrida 1 hora después del sondaje no presentase orina.
- En el sondaje evacuador:retirar la sonda una vez evacuada la orina.

4.8.2. Retirada de la sonda vesical

• Definición:

Extracción de la sonda vesical cuando el paciente ya no la precisa, está obstruida o en posición incorrecta.

• Objetivo:

Retirar la sonda vesical evitando posibles complicaciones.

• Equipo:

- Batea
- Recipiente graduado.

• **Material:**

- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- Gasas no estériles.
- Guantes desechables no estériles.
- 1 Jeringa de 10 c.c.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar todo el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas ligeramente separadas cuando sea mujer.
- Poner empapador debajo de los glúteos del paciente.
- Extraer el contenido del globo de la sonda vesical con una jeringa.
- Sujetar el cuerpo de la sonda con una gasa y retirarla suavemente, depositarla en la bolsa de los residuos.
- Comprobar que el volumen de orina en cada micción después de la retirada de la sonda es adecuado.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.8.3. Cuidados del paciente con sonda vesical

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para mantener la permeabilidad de la sonda vesical y prevenir infecciones.

• **Objetivos:**

- Mantener permeable la sonda vesical.
- Disminuir el riesgo de infección por sonda vesical.

- **Equipo:**
  - Ver equipo de higiene de los genitales.
  - Ver equipo de lavado vesical.

- **Material:**
  - Ver material procedimiento higiene de los genitales.
  - Ver material procedimiento lavado vesical.
  - Solución antiséptica.
  - 1 Jeringa de 10 ml.
  - Suero fisiológico.
  - Registros de enfermería

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar del procedimiento al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocarse los guantes no estériles.
  - Vigilar signos y síntomas de infecciones de vías urinarias.
  - Realizar higiene de los genitales diariamente y cuando precise.
  - Lavar sonda externamente con agua y jabón, al menos 2 veces al día.
  - Comprobar en cada turno la permeabilidad de la sonda.
  - Realizar lavado vesical en caso de obstrucción de la sonda, introduciendo de 30-50 c.c. de suero fisiológico
  - Aspirar suavemente o conectar a bolsa para ver permeabilidad.
  - Cambiar bolsa cada 7-14 días y siempre que se obstruya el grifo.
  - Cambiar la sonda cada 3-4 semanas si es de látex y si es de silicona cada 8 semanas.
  - Mantener la bolsa de diuresis por debajo del nivel del paciente. Pinzar el sistema si se ha de elevar la bolsa por encima del nivel del cuerpo del paciente.
  - Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
  - Recoger el material.
  - Retirarse los guantes.
  - Realizar lavado de manos.
  - Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Evitar decúbitos de la sonda (en los genitales o zonas de roce de la sonda o el sistema)
- Observar si hay hematuria o dolor.
- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.
- Si existe signos y síntomas de infección urinaria, cursar muestra de urocultivo.

4.8.4. Lavados vesicales

• **Definición:**

Introducción de una solución en la vejiga a través de un catéter vesical, ya colocado, y comprobación de la evacuación de ésta.

• **Objetivos:**

- Mantener o recuperar la permeabilidad del catéter.
- Limpiar la vejiga o aplicar una solución antiséptica en la mucosa vesical.

• **Equipo:**

- Recipiente de recolección graduado.
- Batea.
- Pinzas de Kocher.
- Tapones de sonda.
- Paño estéril.
- Soporte de suero.

• **Material:**

- Solución prescrita para irrigación.
- 1 Jeringa de 50 c.c. estéril.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles, mascarilla, bata y gorro.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Colocar empapador debajo de la zona de unión del sistema de drenaje.
- Colocar paños estériles y depositar el material estéril sobre ellos.
- Colocarse la bata, la mascarilla, los guantes estériles y el gorro.

1. Lavado intermitente con sistema cerrado:

Se precisa sonda vesical de 3 vías
Limpiar con antiséptico zona de conexión entre sonda y sistema de lavado y conectar.
Despinzar el sistema de lavado y regular velocidad de infusión.
Tras entrar unos 100 ml de líquido o lo prescrito, volver a pinzar.
Mantener unos minutos el líquido en vejiga (10 min)
Evacuar el líquido por el sistema de drenaje y repetir varias veces.
Realizar balance de entradas y salidas y características de drenaje.

2. Lavado continuo con sistema cerrado:

Se precisa sonda vesical de 3 vías.
Limpiar con el antiséptico la zona de conexión y conectar.
Despinzar sistema de lavado y calcular velocidad de irrigación (normal 40-60 gotas/min).
Realizar balance y comprobar características del líquido drenado.

3. Lavado del catéter con sistema abierto:

Se precisa sonda vesical de dos vías.
Limpiar con antiséptico la zona de conexión.
Pinzar sonda con pinza Kocher.
Cargar jeringa con 50 c.c. de solución de irrigación y conectar a sonda.
Despinzar e inyectar con suavidad todo el líquido.

- Para evacuar el líquido se puede hacer a través de dos opciones: por la bolsa de drenaje o aspiración lenta a través de la jeringa.
- Realizar balance y observar características del líquido drenado.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Retirarse los guantes.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- La solución de irrigación ha de estar siempre a temperatura ambiente.
- Técnica estéril en todo tipo de lavado.
- Aumentar ingesta de líquidos (si no está contraindicado) para asegurar el normofuncionamiento renal y evitar obstrucción de la sonda.
- Comunicar al médico: oclusión del catéter, sangrado, dolor, distensión abdominal o espasmos.

4.8.5. Sondaje rectal

• Definición:

Inserción en el recto a través del ano de una sonda rectal.

• Objetivos:

- Favorecer la evacuación de gases acumulados y heces.
- Disminuir la distensión abdominal.
- Facilitar la administración de enemas.

• Equipo:

- Toallas.
- Cuña o palangana.

• Material:

- Compresas higiénicas.
- Torundas.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Guantes no estériles.
- Sonda rectal del calibre adecuado.
- Gasas no estériles.
- Lubricante.
- Empapador.
- Esparadrapo antialérgico.
- Bolsa de basura.
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar intimidad del paciente.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar al paciente en posición de Sims.
- Lubricar punta de la sonda rectal abundantemente.
- Separar la nalga y localizar el ano.
- Indicar al paciente que respire profundamente e introducir la sonda lentamente en dirección al ombligo. Para administrar enema insertar 7-10 cm para evacuar gases 10-15 cm (en adultos). En niños unos 5 cm.
- Fijar sonda con esparadrapo y conectar a un sistema de drenaje elegido o a la cuña.
- Retirar la sonda lentamente.
- Realizar higiene de los genitales, si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- No mantener la sonda rectal más de 30 minutos.
- Tener precauciones especiales en pacientes con arritmias por posible reacción vagal.
- Ante la presencia de hemorroides y fístulas pedir al paciente que realice el esfuerzo de defecar a la hora de introducir la sonda.

4.9. ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS DE LIMPIEZA Y RETENCIÓN

• Definición:

Introducción de una solución líquida en el recto o colon sigmoideo a través del ano, con una cánula, con fines terapéuticos o diagnósticos.

- **Objetivos:**
  - Facilitar la evacuación de heces y gases.
  - Administrar al paciente sustancias por vía rectal para que sean absorbidas por la mucosa intestinal.

- **Equipo:**
  - Ver equipo de sondaje rectal.
  - Ver equipo de higiene de los genitales.
  - Soporte del sistema de irrigación.
  - Cuña.
  - Pinza de clampar.

- **Material:**
  - Ver material de sondaje rectal.
  - Ver material de higiene de los genitales.
  - Solución a irrigar.
  - Sistema de irrigación y soporte.
  - Empapador.
  - Bolsa de residuos.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Comprobar prescripción e identidad del paciente.
  - Preparar la solución prescrita con el agua a temperatura templada.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento a realizar.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocarse los guantes no estériles.
  - Colocar al paciente en posición de Sims izquierdo. Esta posición facilita el flujo de la solución por gravedad en el colón sigmoideo y descendente.
  - Si es preparado comercial: Introducir la cánula por el ano previamente lubrificada y plegar el recipiente sobre sí mismo para vaciarlo.
  - Si no es preparado comercial, colocar el sistema del enema sobre el soporte a una altura de 30-35 cm por encima del ano.
  - Colocar el empapador debajo de las caderas y nalgas del paciente.
  - Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
  - Purgar el sistema y pinzarlo.

- Realizar procedimiento de sondaje rectal.
- Despinzar el sistema y administrar la solución. Temperatura adecuada 37-40º Celsius.
- Pinzar y retirar la sonda cuando se haya instilado la solución.
- Si el paciente no retiene o refiere plenitud cerrar unos 30 segundos y luego continuar.
- Informar al paciente que debe retener 5-10 minutos. Si es un enema de retención unos 30 minutos o el tiempo prescrito.
- Facilitar el acceso al cuarto de baño o colocarle la cuña.
- Observar aspecto de heces.
- Ayudar o realizar la higiene de los genitales.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado,motivo, efectividad,fecha y hora,incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- La longitud de la sonda a introducir será en adultos 7-10 cm, en niños 5-7,5 cm y en lactantes 2,5-3,5 cm.
- La lavativa de Harris es similar al enema de limpieza excepto:

1. La sonda rectal se introduce 25-30 cm.
2. Se administra 500 c.c solución salina tibia.
3. Se eleva el sistema irrigador y se irriga hasta que el flujo se detiene o el paciente nota molestias. En este punto se baja el sistema por debajo de las nalgas paciente, repitiendo no más de 3 veces.

- Si el paciente tiene incontinencia fecal colocar sonda rectal con balón.

4.10. CUIDADOS AL PACIENTE OSTOMIZADO

4.10.1. Cuidados del estoma urinario

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera a un paciente con un estoma urinario.

- **Objetivos:**
  - Mantener la permeabilidad del estoma urinario.
  - Mantener el estoma urinario en condiciones de higiene.
  - Mantener la integridad de la piel periestomal.
  - Educar al paciente y familia en los cuidados de mantenimiento del estoma urinario.

- **Equipo:**
  - Palangana.
  - Batea.
  - Tijeras.
  - Toallas.

- **Material:**
  - Guantes desechables no estériles.
  - Equipo de estoma urinario.
  - Bolsa de residuos.
  - Empapador.
  - Jabón neutro.
  - Esponjas.
  - Compresas o gasas.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Explicar el procedimiento al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocarse los guantes no estériles.
  - Colocar al paciente en decúbito supino con el empapador bajo el paciente.
  - Retirar la bolsa usada suavemente de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano.
  - Limpiar el estoma y piel periestomal de fuera hacia adentro con movimientos circulares, utilizando agua tibia y jabón neutro.
  - Secar bien el estoma y la piel circundante.
  - Observar el aspecto del estoma y la zona de alrededor.
  - Medir diámetro del estoma y recortar el disco.
  - Seleccionar bolsa apropiada a las características de la ostomía.

- Retirar papel protector y aplicar disco sobre estoma con masaje tanto interior como exterior del aro, para conseguir una buena fijación del apósito.
- Aplicar la bolsa colectora al disco mediante los aros de conexión.
- Si apareciera dermatitis de 2º grado, aplicar apósito protector tipo hidrocoloide o hidrogel, ajustándolo al diámetro del estoma y colocar el dispositivo de dos piezas encima.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Si se produce obstrucción del estoma urinario por hemorragia debido a la intervención quirúrgica, aspirar y lavar.
- Si existe infección de la herida quirúrgica comunicarlo al médico y curar con suero fisiológico más y solución antiséptica cada 24 horas.
- Las bolsas para urostomías suelen ser abiertas para vaciar la orina sin tener que cambiar la bolsa.
- Si no existe contraindicación,aumentar la ingesta de líquidos, la orina ha de ser lo menos concentrada posible.
- Evitar un aumento excesivo de peso del paciente.
- El paciente debe llevar ropa cómoda evitando comprimir la bolsa.
- Concienciar al paciente y familia que el estoma no es un obstáculo para el baño o ducha.
- Para educación inicial al paciente sobre los cuidados del estoma evitar las horas tras las comidas porque aumenta la actividad intestinal.

4.10.2. Cuidados de las ostomías digestivas

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente con ostomías digestivas.

• **Objetivos:**

- Mantener la permeabilidad de la ostomía digestiva.
- Prevenir posibles complicaciones.
- Mantener la integridad de la piel periestomal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de mantenimiento de las ostomías digestivas.

• **Equipo:**

- Batea.
- Carro de curas.
- Toallas.
- Tijeras.

• **Material:**

- Bolsa drenaje ostomías.
- Bolsa residuos.
- Empapador.
- Gasas no estériles.
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Instruir al paciente y familia en la utilización del equipo de ostomía.
- Ayudar al paciente y familia a elegir el equipo de ostomía que más se adapte a las características del tipo de ostomía que le hayan realizado. Ileostomías y colostomías derechas las heces son más líquidas por lo que es más adecuado un sistema abierto; las colostomías izquierdas las heces son más sólidas por lo que van bien los sistemas cerrados.
- Observar la curación de la incisión o estoma.
- Vigilar posibles complicaciones postoperatorias como la obstrucción abdominal, el íleo paralítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea.
- Cambiar y vaciar la bolsa de la ostomía, si procede (ver procedimiento de cambio del dispositivo colector de la colostomía)
- Ayudar al paciente y familia a practicar los autocuidados.
- Animar al paciente y familia a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.
- Enseñar al paciente y familia a vigilar la presencia de posibles com-

plicaciones como rotura mecánica, química, exantema, fugas, deshidratación, infección, etc.
- Instruir al paciente y familia acerca de los mecanismos para disminuir el dolor.
- Instruir al paciente y familia acerca de la dieta adecuada dependiendo del tipo de ostomía.
- Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica del cambio de bolsa.
- Enseñar al paciente a masticar bien los alimentos,beber líquidos en abundancia, a añadir un alimento nuevo cada vez para observar las posibles intolerancias.
- Enseñar al paciente y familia a hacer dilataciones periódicas del estoma con el dedo índice y vaselina.
- Comentar sus preocupaciones acerca del funcionamiento sexual.
- Instruir al paciente sobre el tipo de vestido: cómodo y que no ejerza presión directa sobre el estoma.
- Fomentar las visitas al paciente por parte de personas de grupos de apoyo con el mismo estado.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.10.2.1. Cambio del dispositivo colector de la ostomía digestiva.

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera con el paciente o la familia para sustituir el dispositivo colector de la ostomía digestiva usado por otro nuevo, cuando el paciente lo precisa.

• Objetivos:

- Mantener el estoma en condiciones de higiene.
- Mantener la integridad de la piel periestomal en el paciente ostomizado.
- Educar al paciente y familia en el cambio del dispositivo colector del estoma.

• Equipo:

- Batea.
- Carro de curas.
- Tijera.
- Toalla.

- **Material:**
  - Bolsa de drenaje de ostomía.
  - Bolsa de residuos.
  - Empapador.
  - Gasas.
  - Guantes no estériles.
  - Jabón neutro.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Colocarse los guantes no estériles.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocar al paciente en posición decúbito supino con el abdomen al descubierto.
  - Proteger la ropa de la cama con el empapador.
  - Retirar suavemente la bolsa usada (evitando tracciones de la piel) desde arriba hacia abajo, se debe retirar cuando la bolsa esté medio llena, tenga fuga o produzca incomodidad o picor.
  - Retirar los restos de heces con una gasa humedecida en agua.
  - Limpiar estoma y la piel periestomal con agua tibia y jabón neutro.
  - Secar bien el estoma y la piel circundante.
  - Observar estado de piel y estoma.
  - Colocar el dispositivo limpio. Recortar según sea el estoma.
  - Desechar la materia fecal en el WC y el resto de material en la bolsa de residuos.
  - Retirarse los guantes.
  - Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a los objetos personales.
  - Lavarse las manos.
  - Registrar en la documentación de enfermería: cantidad, aspecto, textura, color de las heces y aspecto del estoma, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**
  - La irritación cutánea es la complicación más frecuente en el paciente ostomizado.

- En la ileostomía se tendrá especial cuidado con la piel circundante.
- Si existe vello, cortar con las tijeras pero no rasurar.
- Las bolsas se cambiarán cuantas veces sea necesario.

4.10.2.2. Administración de un enema por ostomía digestiva.

• Definición:

Introducción de una solución líquida en el colón a través de una ostomía digestiva.

• Objetivo:

Facilitar la evacuación de heces y gases por la ostomía digestiva.

• Equipo:

- Batea.
- Toalla.
- Tijera.

• Material:

- Solución a irrigar.
- Guantes no estériles.
- Gasas.
- Lubrificante.
- Suero fisiológico.
- Sistema de irrigación y soporte.
- Dispositivo de drenaje de ostomía.
- Empapador.
- Bolsa de residuos.
- Jabón neutro.
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar sistema de irrigación a la altura del hombro del paciente.

- Retirar bolsa de ostomía digestiva y realizar higiene estoma.
- Introducir sistema de enema lubrificado por el estoma dilatando previamente con el dedo si precisa. Introducir no más de 10 cm.
- Administrar el enema de forma lenta. Si aparece dolor cólico detenerse.
- Retirar sistema y colocar al paciente en posición decúbito supino.
- Limpiar estoma y piel, colocar bolsa de ostomía digestiva.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

La solución a irrigar debe estar a una temperatura de 37º C y el máximo de cantidad a irrigar ha de ser de 500 c.c.

4.11. CONTROL DE ASPIRADOS GÁSTRICOS

• Definición:

Medición del contenido gástrico.

• Objetivo:

- Cuantificar el contenido gástrico.
- Observar y valorar las características del producto aspirado.

• Equipo:

- Recipiente graduado.
- Pinza de Kocher.

• Material:

- Guantes desechables no estériles.
- Bolsa colectora de aspirado.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes.
- Pinzar la sonda nasogástrica.
- Desconectar la bolsa colectora.
- Colocar nueva bolsa colectora.
- Despinzar la sonda nasogástrica.
- Asegurarse de fijar la sonda a la cama del paciente, permitiendo la comodidad del paciente.
- Retirar el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar fecha y hora de comienzo y finalización del control.

4.12. BALANCE DEL EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS

• Definición:

Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.

• Objetivo:

Medir la cantidad de líquidos administrados y eliminados por el paciente, en un tiempo determinado, para hacer la valoración del equilibrio hidroelectrolítico.

• Equipo:

- Báscula.
- Cuña o botella.
- Recipiente graduado.
- Soporte bolsa orina.

• Material:

- Guantes desechables no estériles.
- Bolsa de orina.
- Pañal-braga.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.

- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Determinar la cantidad, tipo de ingesta de líquidos y los hábitos de eliminación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardiaca, infección, poliuria, diarrea, etc.)
- Medir y registrar todas las entradas de líquido: comidas,medicación oral, líquidos intravenosos, hemoderivados, nutrición parenteral, etc.
- Medir y registrar todas las salidas: orina, drenados, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, etc.
- Pesar cada 24 horas.
- Añadir como salidas las pérdidas insensibles. Calculadas según la fórmula: PI= peso x nº horas/2
- Restar salidas a entradas y anotar en la gráfica.
- Al cerrar el balance contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir.
- Anotar fecha y hora de comienzo y finalización del control.

• Observaciones:

Observar el estado de piel y mucosas,color de la orina,edemas, ascitis, etc.

CAPÍTULO V

Procedimientos relacionados con el aseo e higiene del paciente

5.1. HIGIENE DEL PACIENTE AUTÓNOMO

• Definición:

Conjunto de actividades de supervisión y evaluación, que realiza la enfermera, de las medidas higiénicas que lleva a cabo el paciente para preservar su piel limpia y en buen estado.

• Objetivos:

- Prevenir alteraciones en la piel.
- Prevenir infecciones.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Estimular la circulación sanguínea.

• Equipo:

- Toallas.
- Cuña, palangana.
- Artículos de higiene personal: tijeras de uñas, material de afeitado, cepillo, peine, colonia.
- Silla o taburete.
- Alfombrilla antideslizante.

• Material:

- Pijama o camisón limpio.
- Jabón neutro, crema hidratante.
- Bolsa para residuos.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Observar el estado de higiene y valorar la frecuencia habitual de higiene general.
- Explorar los factores culturales que puedan estar influenciando en las creencias sobre el significado, frecuencia y forma de llevar a cabo la higiene.
- Comunicar al paciente la necesidad del baño y cómo ha de llevarse a cabo teniendo en cuenta las creencias y valores culturales sobre la higiene detectadas con anterioridad.
- Proporcionar todo el material necesario para la higiene.
- Indicar al paciente que no cierre por dentro el aseo por si la enfer-

mera ha de ayudarle.Señalar el timbre del aseo y explicarle su funcionamiento por si requiere ayuda.
- Evaluar si las medidas higiénicas llevadas a cabo por el paciente han sido efectivas.
- Registrar en la documentación de enfermería incidencias y respuesta del paciente.

5.2. HIGIENE DEL PACIENTE DEPENDIENTE

5.2.1. Higiene del paciente que requiere ayuda parcial, paciente no encamado

• Definición:

Conjunto de medidas higiénicas que realiza la enfermera al paciente cuando presenta limitación parcial para realizar su propia higiene.

• Objetivos:

- Mantener la piel limpia y en buen estado la piel y sus anejos.
- Prevenir alteraciones de la piel.
- Prevenir infecciones.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Estimular la circulación sanguínea del paciente.
- Educar al paciente y familia sobre los cuidados de higiene.

• Equipo:

- Alfombrilla antideslizante.
- Silla o taburete.
- Artículos de higiene personal: peine, cepillo, material de afeitado, colonia, desodorantes, etc.
- Toallas.
- Carro de ropa sucia.
- Cuña, palangana.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Esponjas sin jabón.
- Jabón neutro.
- Crema hidratante o vaselina líquida.
- Pijama o camisón limpio.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladar a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Mantener una temperatura ambiente adecuada: 24-25º C
  - Evitar corrientes de aire en la habitación.
  - Proteger al paciente de caídas con ducha o bañera con agarraderas o barandillas, alfombra antideslizante, supervisión continua, etc.
  - Ayudar al paciente a desvestirse.
  - Colocarse los guantes.
  - Preparar el agua a temperatura adecuada: 35-36 º C.
  - Proceder al lavado de la siguiente manera:primero la cara con agua sola y el resto del cuerpo de arriba abajo con esponja y jabón. Por último periné y genitales. Enjuagar con agua limpia y secarlo (hacer hincapié en las zonas de pliegue,bajo las mamas,axilas y espacios interdigitales).
  - Higiene de la boca.
  - Higiene del cabello. Afeitado en hombres, respetando sus preferencias por la barba.
  - Hidratar la piel con crema hidratante o vaselina líquida, haciendo hincapié en las zonas de roce y presión.
  - Ayudar a vestirse.
  - Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
  - Retirar el material en bolsas de ropa sucia.
  - Retirar los guantes.
  - Realizar lavado de manos.
  - Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**
  - La higiene debe ser diaria.
  - En pacientes con bajo nivel de dependencia está indicado el aseo en ducha o bañera.

5.2.2. Higiene del paciente en cama

• Definición:

Conjunto de medidas higiénicas que realiza la enfermera cuando el paciente presenta limitación para realizar su propia higiene y requiere estar encamado.

• Objetivos:

- Mantener limpia y en buen estado la piel y sus anejos.
- Prevenir alteraciones de la piel e infecciones.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y comodidad.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de higiene.

• Equipo:

- Sábanas limpias.
- Toallas.
- Palangana o cuña.
- Artículos de higiene personal: peine,cepillo,colonia,desodorante,etc.
- Carro ropa sucia.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Crema hidratante o vaselina líquida.
- Pijama o camisón limpio.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener la temperatura del agua 35-36ºC (temperatura ambiente 24-25ºC).
- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Proteger al paciente de caídas.

- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Desnudar al paciente y cubrir con una sábana los genitales.
- La ropa sucia introducirla en bolsas de ropa sucia (no tirarla al suelo).
- Comenzar a lavar al paciente por la cara, con agua y sin jabón. Secar.
- Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar. Se ha de enjabonar friccionando suavemente con movimientos circulares.
- Acercar la palangana a las manos del paciente, incorporarlo y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secar las manos.
- Cambiar el agua, jabón y esponja.
- Continuar lavando el tórax. En las mujeres incidir en la zona submamaria, continuar con el abdomen. Enjuagar y secar.
- Lavar extremidades inferiores, prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
- Cambiar el agua, jabón y esponja.
- Lavar genitales y zona anal. Enjuagar.
- Secar bien la piel.
- Hidratar la piel con crema hidratante o vaselina líquida con suave masaje.
- Realizar fisioterapia respiratoria (clapping, vibración, etc.) y colocar dispositivos de prevención de úlceras por presión, si precisa.
- Vestir al paciente con el pijama limpio.
- Peinar al paciente y facilitarle sus artículos de aseo personal como colonia, desodorante, etc.
- Observar el estado de las uñas, limpiar y cortar si es necesario.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y adecuada, con fácil acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger al material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería, el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Realizar el aseo diario tantas veces como precise el paciente.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo libre. Para vestirlo se comenzará por el brazo portador de la vía.

5.2.3. Lavado de cabeza en cama

• Definición:

Conjunto de medidas higiénicas, que realiza la enfermera, para mantener la higiene del cabello en un paciente encamado.

• Objetivos:

- Proporcionar al paciente encamado el aseo necesario para mantener la higiene del pelo y cuero cabelludo.
- Proporcionar bienestar al paciente.
- Evitar la proliferación de parásitos.
- Activar la circulación sanguínea del cuero cabelludo.

• Equipo:

- Peine o cepillo.
- Toallas.
- Palangana y una jarra.
- Secador de mano.
- Silla.
- Lavacabezas.

• Material:

- Champú (antiparásitos si fuera necesario)
- Crema suavizante.
- Empapador.
- Guantes no estériles.
- Torundas de algodón.
- Bolsa de ropa sucia.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener temperatura ambiente adecuada 25-26 º C.
- Evitar corrientes de aire.
- Proteger al paciente de caídas.
- Colocarse los guantes.

- Poner la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino.
- Retirar cabezal de la cama.
- Colocar al paciente en el borde de la cama en posición de Roser (decúbito supino y cabeza colgando por la parte superior de la cama).
- Colocar el empapador debajo de los hombros del paciente.
- Poner una toalla alrededor del cuello y las torundas de algodón taponando los oídos.
- Colocar la palangana o lavacabezas debajo de la cabeza del paciente, sobre una silla.
- La temperatura del agua de la jarra ha de ser de 35-37 º C.Proceder al lavado.
- Aclarar abundantemente con agua. Aplicar crema suavizante y enjuagar.
- Secar bien con una toalla. Peinar y secar con un secador de mano.
- Retirar las torundas de algodón de los oídos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y favorecerle que tenga a su disposición el timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Realizar el lavado de cabeza mínimo 1 vez por semana si no existe contraindicación, o cuando el paciente o la enfermera lo considere necesario.
- El lavado de cabeza con palangana debido a la posición de roser, está contraindicado en algunos casos:
  1.Aumento de la presión intracraneal.
  2. Pérdida de líquido cefalorraquídeo.
  3. Incisiones abiertas en cuero cabelludo.
  4. Lesiones cervicales.
  5. Traqueotomía.
  6. Dificultad respiratoria.

5.2.4. Higiene de la boca

• Definición:

Conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería

en la cavidad bucal cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene.

• Objetivos:

- Mantener la cavidad oral del paciente limpia para evitar sequedad, malos olores, grietas en labios y lengua.
- Prevenir infecciones.

• Equipo:

- Vaso con agua.
- Palangana.
- Toalla.
- Equipo necesario para la aspiración de secreciones.

• Material:

- Cepillo dientes.
- Dentífrico.
- Colutorios.
- Depresor, gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Vaselina.
- Mascarilla protectora.
- Material necesario para la aspiración de secreciones.
- 1 Jeringa de 10 c.c.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Valorar la autonomía del paciente y fomentar el autocuidado.
- En pacientes autónomos: informar y facilitar el material necesario.
- En pacientes conscientes que precisan ayuda:
  1. Realizar lavado de manos.
  2. Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  3. Preservar la intimidad del paciente.
  4. Informar al paciente.
  5. Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  6. Colocarse guantes y mascarilla.
  7. Colocar al paciente sentado o semiincorporado.
  8. Cubrir tórax con toalla o empapador.
  9. Cepillar dientes, lengua y encías.
  10. Enjuagar primero con agua limpia y luego con colutorio.
  11. Aplicar vaselina en labios.

- En pacientes inconscientes:
  1. Posición con la cabeza ladeada.
  2. Enrollar una gasa alrededor de una torunda y empapar con un antiséptico.
  3. Limpiar la cavidad oral. Cambiar la gasa a menudo.
  4.Aclarar la boca con agua (jeringa 10 c.c.) y aspirar.
  5. Secar los labios.
  6. Aplicar vaselina en los labios.

- En pacientes con prótesis dental: retirar dentadura y enjuagarla con agua tibia y cepillarla. Dejarla en recipiente con agua.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y facilitarle el acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirar guantes y mascarilla.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

Si existe mucha salivación o secreciones, aspirarlas antes de realizar la higiene.

5.2.5. Higiene de los ojos

• Definición:

Conjunto de medidas, que realiza el personal de enfermería encaminadas a mantener en buen estado de los ojos.

• Objetivo:

Proporcionar al paciente el aseo necesario para mantener, los ojos limpios y húmedos, evitando la irritación, infecciones, edemas parpebrales y erosiones corneales.

• Equipo:

- Batea.

• Material:

- Gasas estériles.
- Guantes no estériles.

- 2 Jeringas de 10cc. estériles.
- Solución salina estéril a temperatura ambiente.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Si el paciente está inconsciente colocarlo en posición decúbito supino o semi-fowler. Si el paciente está consciente en posición Fowler.
- Colocarse los guantes.
- Cargar las jeringas con solución salina fisiológica.
- Humedecer una gasa con solución salina y limpiar del ángulo interno al externo de cada ojo hasta que quede limpio de secreciones. Utilizar una gasa distinta para cada párpado y para cada ojo. Todo esto realizarlo con los párpados cerrados.
- Posteriormente, abrir los párpados del paciente con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra se instila solución salina fisiológica desde el lagrimal hacia fuera. Utilizar una jeringa estéril para cada ojo. Mantener siempre la cabeza ladeada del lado del ojo que se está lavando.
- Secar con una gasa estéril cada ojo.
- Cerrar suavemente los párpados.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y favorecerle el acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Evitar durante el procedimiento la luz directa sobre los ojos del paciente.
- En pacientes inconscientes, aplicar crema epitelizante tras la limpieza. Dejar los ojos tapados con gasas húmedas de solución salina, renovar la gasa cada 2 horas o cuando se seque. La higiene completa de los ojos en estos pacientes se recomienda cada 8 horas.

5.2.6. Higiene de los genitales

• Definición:

Conjunto de medidas que realiza el personal de enfermería para conservar limpia y en buen estado la piel de la zona perineal, cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene.

• Objetivos:

- Mantener limpios los genitales del paciente para cubrir las necesidades de higiene y prevenir infecciones.
- Contribuir al bienestar y comodidad del paciente.

• Equipo:

- Cuña o palangana.
- Toallas

• Material:

- Compresas higiénicas, gasas y torundas.
- Pañal-braga.
- Guantes no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Preparar el agua a una temperatura de 35-36º C.
- Evitar corrientes de aire.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Desvestir al paciente y cubrirlo con una sábana. Retirar el pañal si lo tuviera.
- Colocar la cuña.

- HOMBRE:

1. Lavar primero el pene y testículos. Enjuagar.
2. Retraer el prepucio del pene y lavar el glande. Enjuagar. Subir de nuevo el prepucio a su posición para evitar edema de glande.
3. Poner al paciente en decúbito lateral.
4. Lavar zona anal con esponja distinta. Enjuagar de arriba hacia abajo. Secar bien.
5. Aplicar solución antiséptica si el paciente presenta sonda vesical o heridas.

- MUJER:

1. Pedir a la paciente que flexione las rodillas o ayudarle si no puede.
2. Separar las piernas de la paciente.
3. Lavado de arriba hacia abajo de la zona perineal. Con agua y jabón y gasas o esponjas desechables. Primero lavar la parte externa de la vulva, luego labios mayores y menores, meato. Enjuagar a chorro y repetir mínimo dos veces.
4. Secar de arriba hacia debajo de forma suave. Evitar la humedad.
5. Colocar al paciente en decúbito lateral.
6. Limpiar área rectal desde la vagina a ano en un solo movimiento.
7. Aplicar antiséptico en caso de sonda vesical o heridas.

- Colocar pañal si precisa.
- Dejar al paciente en una posición cómoda, permitiendo fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora, motivo, incidencias y respuesta del paciente.

5.2.7. Cuidados de las uñas

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para el cuidado de las uñas.

• Objetivos:

- Mantener higiene y buen aspecto de las uñas.

- Evitar infecciones, ulceraciones y deformidades.

• **Equipo:**
- Palangana
- Toallas.
- Cepillo de uñas, alicates o tijeras, lima de uñas.

• **Material:**
- Jabón neutro, antiséptico si precisa.
- Guantes desechables.
- Acetona si precisa.
- Crema hidratante.
- Algodón.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**
- Realizar lavado higiénico de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Preparar agua en una palangana a 30-32º C.
- Proteger cama con el empapador.
- Colocarse los guantes no estériles.

- PIES:
1. Lavar los pies con agua y jabón, sumergirlos para reblandecer durezas o si tienen mucha suciedad.
2. Enjuagar con agua a chorro.
3. Secar bien, sobre todo los espacios interdigitales con una toalla.
4. Valorar estado de los pies: durezas, úlceras, deformidades, temperatura y coloración, edemas y pulsos periféricos.
5. Realizar cuidados específicos si presenta úlceras por presión.
6. Limar durezas con suavidad.
7. Cortar uñas en línea recta.
8. Aplicar crema hidratante con un suave masaje.

- MANOS:
1. Sumergir las manos en agua unos 2 minutos máximo para evitar

maceraciones.

2. Cortar uñas de forma ovalada, dejando sobresalir como mínimo de la base de la uña 10-15 mm. Valorar la decisión del paciente.
3. Retirar restos de suciedad dentro de las uñas.
4. Aplicar crema hidratante.

- Dejar al paciente en una posición adecuada y facilitarle el acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Lavarse las manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

5.3. CAMBIO DE ROPA DE LA CAMA

5.3.1. Cambio de ropa de la cama en el paciente autónomo

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería encaminadas a mantener un correcto aseo e higiene de la cama del paciente.

• Objetivo:

Preparar la cama en condiciones de higiene y comodidad para el paciente, evitando arrugas y pliegues en la cama.

• Equipo:

- Sábana bajera.
- Sábana encimera.
- Funda de almohada impermeable.
- Funda de colchón impermeable.
- Almohada.
- Colcha.
- Manta.

• Material:

- Empapador.
- Guantes desechables.
- Bolsa de ropa sucia.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación.
- Colocarse los guantes.
- Colocar cama en posición horizontal.
- Retirar la ropa de la cama sucia, depositándola en la bolsa de ropa sucia.
- Colocar la funda de colchón y sobre ella la sábana bajera, extendiéndola y ajustándola a las 4 esquinas de forma que no tenga arrugas.
- Extender la sábana encimera, con el dobladillo hacia arriba y plegando las esquinas inferiores.
- Colocar colcha y manta siguiendo el mismo procedimiento que la sábana encimera.
- Colocar funda de almohada.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar el procedimiento en los registros de enfermería.

• **Observaciones:**

- No airear la ropa.
- Frenar la cama.

5.3.2. Cambio de ropa de la cama del paciente encamado

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para mantener la cama del paciente encamado en condiciones de higiene y seguridad para el paciente.

• **Objetivo:**

Realizar el cambio de ropa de cama para proporcionar bienestar e higiene al paciente encamado.

• **Equipo:**

- Almohadas.
- Colcha.
- Manta.
- Funda almohada impermeable.

- Funda colchón impermeable.
- Sábana bajera.
- Sábana encimera.

• **Material:**

- Bolsa ropa sucia.
- Empapador.
- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener una temperatura adecuada 25-26º C.
- Evitar corrientes de aire.
- Proteger al paciente de las caídas.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar la cama en posición horizontal, si el paciente lo tolera.
- Realizar higiene del paciente encamado.
- Aflojar la ropa de la cama.
- Retirar colcha y manta, si están sucias ponerlas en la bolsa de ropa sucia.
- Dejar la sábana encimera para no dejar al paciente al descubierto.
- Colocar al paciente en decúbito lateral.
- Enrollar la sábana sucia hacia el centro de la cama.
- Colocar la sábana bajera limpia enrollándola hasta el centro de la cama y fijando las dos esquinas.
- Colocar la entremetida y empapador, si precisa.
- Volver al paciente hacia el lado limpio, retirando la sábana sucia, entremetida y empapador. Depositar la ropa sucia en las bolsas destinadas a tal fin.
- Estirar la sábana y entremetida evitando arrugas, remeterlas por debajo del colchón y efectuar doblez en las dos esquinas.
- Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente.
- Colocar colcha y manta, si precisa.
- Doblar la parte superior de la sábana por encima de la colcha.
- Remeter con holgura la sábana encimera y colcha en los pies de la

cama para evitar decúbitos y posturas inadecuadas.
- Quitar el almohadón sucio y sustituirlo por uno limpio.
- Dejar al paciente en una postura cómoda y facilitarle el acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, motivo, incidencias y respuesta del paciente.

CAPÍTULO VI

Cuidados de Enfermeria relacionados con la movilización del paciente

6.1. NORMAS GENERALES EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede realizarlas por sí mismo.

• Objetivos:

- Mantener la comodidad del paciente encamado.
- Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.)

• Equipo:

- Almohadas, según precise.
- Arco balcánico.
- Sistemas mecánicos para movilizar enfermos.
- Ropa de cama: sábana bajera a modo de entremetida, sábanas.
- Sillón.
- Trapecio.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar la cama en posición adecuada y frenada.
- Proteger vías, drenajes, sondas y otros dispositivos que pueda tener el paciente.
- Movilizar al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas bruscas.
- Vigilancia del estado general del paciente.
- Dejar al paciente en una postura cómoda y con acceso al timbre y sus objetos personales.
- Retirar el material utilizado.
- Retirase los guantes.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar los cuidados realizados en los registros de enfermería.

• Observaciones:

- Evitar el dolor, ansiedad y confusión.
- Evitar mantener la presión prolongada sobre la misma zona.
- Cuando el paciente es portador de tracción mecánica:
  1. En las movilizaciones del paciente en cama, una persona debe vigilar los elementos de la tracción para controlar la tensión, evitar desplazamientos,evitar contracciones musculares y mantener el alineamiento del eje de tracción.
  2. Vigilar alteraciones locales de la zona afectada: enrojecimiento, edema, supuración.

6.1.1. Posiciones de los pacientes encamados

• Definición:

Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

• Objetivos:

- Colocar al paciente en la posición indicada para conseguir su comodidad, realizar algún cuidado o exploración.
- Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, trastornos circulatorios, etc).

• Equipo:

Ver equipo para la movilización de los pacientes

• Material:

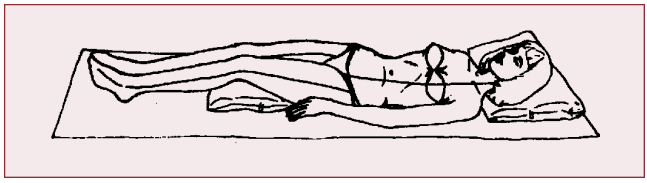
Ver material para la movilización de los pacientes.

• Procedimiento:

1. Decúbito supino:

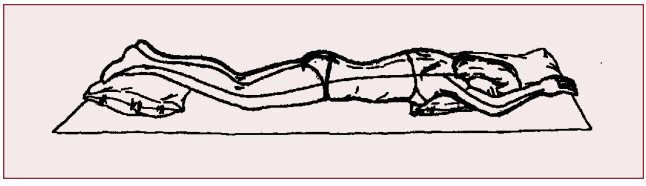
- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal,cerciorándonos que está frenada.
- Colocar al paciente tendido sobre su espalda,con las piernas extendidas y los brazos al lado del cuerpo, guardando el eje longitudinal.
- Colocar la almohada bajo la cabeza, zona lumbar y huecos poplíteos.

- Cuando el paciente se desplace hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera según el procedimiento desplazamientos de los pacientes.
- Acomodar la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.
- Vigilar las zonas del occipucio, omóplatos, codos, sacro, cóxis, talones y dedos de los pies.



2. Decúbito prono:

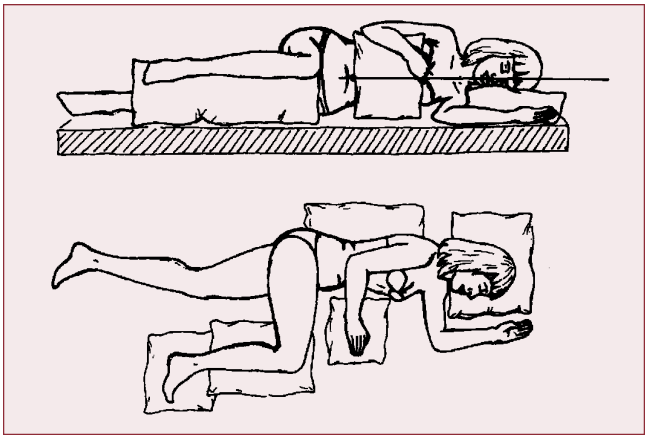
- Seguir normas generales de movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose que está frenada.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre tórax y abdomen.
- Descansar la cabeza sobre una almohada pequeña, evitando una excesiva distensión de la columna vertebral.
- Colocar una almohada pequeña debajo del abdomen por debajo del diafragma.
- Apoyar los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.
- Colocar una pequeña almohada debajo de la flexura de los pies para elevar los dedos de los pies.
- Vigilar los dedos de los pies, rodillas,genitales en el varón y mamas en la mujer, mejillas y oídos.



3. Decúbito lateral:

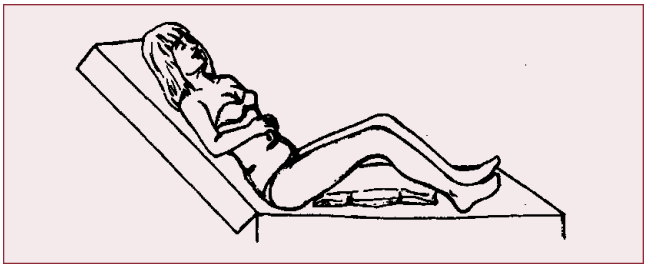
- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre el lado derecho o izquierdo.
- Colocar una almohada bajo la cabeza y cuello.

- Colocar ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya a la altura del hombro sobre la almohada. El otro brazo descansa sobre el colchón con el hombro ligeramente adelantado.
- Colocar una almohada bajo la pierna superior, semiflexionada desde la ingle hasta el pie.
- Colocar una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo.
- Elevar la cabecera de la cama según las necesidades y seguridad del paciente.
- Vigilar las zonas de las orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maleólos.



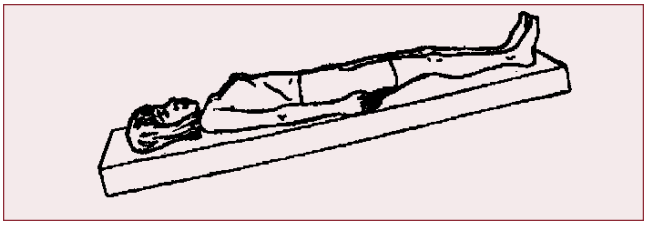
4. Posición de Fowler y semi-fowler:

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Elevar la cabecera de la cama entre 45º y 60º.
- Retirar almohada de la cabeza.
- Colocar una almohada en la zona lumbar, otra bajo los muslos y una almohada pequeña bajo los tobillos.
- Vigilar las zonas del sacro, tuberosidad isquiática, talones y codos.
- La posición de semi-fowler tiene un grado de inclinación menor de 30º



5. Posición de Trendelemburg:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino inclinando el plano de la cama de tal forma que la cabeza del paciente queda en un plano inferior al de los miembros inferiores.
- La posición antitrendelemburg se inclina el plano de la cama de tal forma que la cabeza queda por encima de los miembros inferiores.
- Vigilar omóplatos, sacro, coxis, talones, dedos de los pies, codos y protección de la cabeza.
- Vigilar el estado de conciencia del paciente para evitar aspiraciones en caso de tener vómitos.



6.1.2. Otras posiciones de los pacientes: Sims

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

• Objetivo:

Colocar al paciente en la posición indicada para realizarle algún cuidado (administración de enemas,medicación,tactos rectales y extracción de fecalomas.)

• Equipo:

Ver equipo de la movilización del paciente.

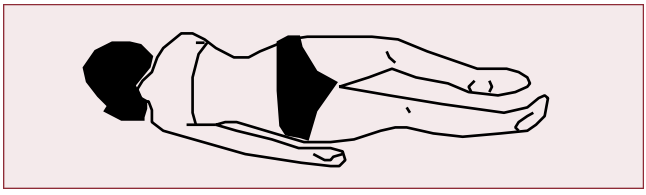
• Material:

Ver material de la movilización del paciente.

• Procedimiento:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar cama en posición horizontal, asegurándose de que esté frenada.
- Colocar al paciente en posición horizontal descansando sobre el

abdomen.
- Colocar una almohada bajo la cabeza del paciente.
- Colocar una almohada bajo el brazo superior, flexionado, apoyando esté a la altura del hombro.
- Colocar una almohada bajo la pierna superior flexionada, a la altura de la cadera.



6.1.3. Otras posiciones de los pacientes: Posición de litotomía (ginecológica)

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

• Objetivo:

Proporcionar la posición adecuada para la exploración ginecológica, lavado de genitales, sondaje vesical en la mujer, administración de medicamentos, contrastes y toma de muestras.

• Equipo:

- Entremetida.
- Cama articulada o camilla ginecológica
- Almohada.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Retirar ropa interior si la tuviera.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Poner al paciente en posición supino.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas en posición perpendicular a la cama y que separe las piernas.

- Cubrir abdomen y área genital con una entremetida.
- Elevar la cabecera de la cama con una almohada.
- Dejar al paciente con una posición cómoda al finalizar la exploración o técnica.

6.1.4. Otras posiciones de los pacientes: Posición genupectoral

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

• Objetivo:

Proporcionar la posición adecuada para examinar recto, vagina y próstata del paciente.

• Equipo:

- Almohada.
- Cama articulada o camilla.
- Entremetida.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Retirar ropa interior del paciente.
- Colocar al paciente de rodillas sobre la cama.
- Hacer descansar el cuerpo del paciente sobre las rodillas y pecho.
- Volver la cabeza del paciente hacia un lado y los miembros superiores por encima de la altura de la cabeza flexionándolos a nivel de los codos.
- Cubrir al paciente con la entremetida.
- Dejar al paciente en posición cómoda una vez realizada la exploración o técnica.

6.2. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA LA CABECERA DE LA CAMA

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente encamado que no puede moverse por sí mismo.

• **Objetivo:**

Desplazar al paciente encamado a una posición adecuada para favorecer su bienestar y comodidad.

• **Equipo:**

Ver equipo de la movilización del paciente.

• **Material:**

Ver material de la movilización del paciente.

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Cuando el paciente se desplace hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera de la siguiente manera:
  1. Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.
  2. Pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama.
  3. Indicar al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplazamos hacia la cabecera.

- En los pacientes que no puedan colaborar:
  a) Colocar una sábana doblada a modo de entremetida debajo del paciente desde los hombros hasta los muslos.
  b) El personal se situará a cada lado del paciente y con la ayuda de la sábana, se desplazará al paciente hacia la cabecera de la cama, evitando así los movimientos de fricción.

- Subir la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.

6.3. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE DESDE LA CAMA A OTRA CAMA O CAMILLA

• **Definición:**

Conjunto de actividades para movilizar al paciente encamado que no puede moverse por sí mismo.

• **Objetivo:**

Desplazar al paciente hacia otra cama o camilla para su transporte hacia exploraciones, pruebas y traslado a otra unidad o hospital, asegurando su comodidad y bienestar.

• **Equipo:**

- Sábanas.
- Almohadas.
- Camilla o cama.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.

4 personas:

- Colocar la cama o camilla junto a la del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.
- Se colocarán 2 personas al lado de la cama del paciente y otras 2 personas al lado de la camilla o cama.
- Enrollar los extremos de la sábana que está debajo del paciente lo más cerca posible del paciente.
- A la señal convenida elevar ligeramente al paciente a la vez que se desplaza hacia la camilla o cama.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y taparlo.

3 personas:

- Colóquese una persona a la cabecera, otra a los pies y otra en el lado de la camilla o cama.
- Colocar las manos del paciente cruzadas sobre el tórax y los pies también cruzados.
- Coger al paciente por debajo de las axilas y sujétele las muñecas, por los pies, y por la espalda y nalgas.
- A la señal convenida elevar y desplazar hacia la camilla al paciente.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y tapado.

6.4. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA EL SILLÓN O SILLA DE RUEDAS

• **Definición:**

Conjunto de actividades para movilizar al paciente encamado que no puede moverse por sí mismo.

• **Objetivo:**

Desplazar al paciente de la cama al sillón o silla de ruedas garantizando su seguridad y bienestar.

• **Equipo:**

Ver equipo de la movilización del paciente.

• **Material:**

Ver material de la movilización del paciente.

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.
- Aproximar el sillón o silla de ruedas a la cama en posición paralela.
- Cubrir el sillón o silla con una sábana
- Retirar las almohadas.
- Colocar al paciente en posición de Fowler.
- Colocar los brazos del paciente cruzados sobre su tórax.
- Si la situación del paciente lo permite, el paciente se ayudará con el triángulo de apoyo del cuadro Balcánico.
- Sujetar al paciente pasando los brazos por debajo de las axilas del paciente.
- Otra persona se colocará frente a la cama delante del sillón cogiéndole las rodillas y tercio inferior de muslos con los antebrazos.
- A la señal convenida levantar al paciente y sentarlo en el sillón.
- Colocar elementos de protección y almohadas de apoyo si fuera preciso.

CAPÍTULO VII

Procedimientos relacionados con la seguridad del paciente

7.1. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS.

• Definición:

Conjunto de actividades que planifica la enfermera para pacientes con riesgo de lesiones por caídas.

• Objetivos:

- Prevenir las caídas del paciente hospitalizado.
- Establecer precauciones en pacientes con riesgo de lesión por caídas.
- Educar al paciente y la familia en las medidas de prevención de caídas.

• Pacientes de riesgo:

Se considera anciano de alto riesgo de caídas a las personas mayores de 75 años, o de 70-74 años con uno o más de los siguientes factores: alteración cognitiva, alteración del equilibrio, de la marcha, debilidad muscular, uso de medicamentos psicotropos o cardiológicos (benzodiazepinas, antihipertensivos, etc.) y uso de 4 o más medicamentos.

• Equipo:

- Cama.
- Barras.
- Andadores, muletas, bastones, etc.
- Tijeras.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo de caída: si el paciente utiliza correctamente los dispositivos de ayuda, si se han colocado barreras para prevenir las caídas, la altura de la cama si es adecuada, si el paciente está inquieto o agitado, si toma medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.

- Mantener barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente, si procede.
- Enseñar en la utilización de calzado adecuado y correctamente ajustado, durante su estancia hospitalaria.
- Identificar las características del ambiente (iluminación,tipo de suelo, etc.) que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Retirar de la habitación del paciente el material que pueda provocar caídas.
- Vigilar la deambulación del paciente y ayudar a la persona inestable.
- Proporcionar dispositivos de ayuda a la deambulación para conseguir una movilidad estable (bastón, muletas, andador, etc.)
- Comprobar que la cama esté frenada.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si precisa.
- Utilizar las barandillas de la cama, si precisa.
- Mantener medidas de sujeción, si precisa, como última medida.
- Mantener una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Enseñar al paciente a incorporarse de forma progresiva y lenta de la cama.
- Evaluar de forma continua la seguridad del paciente.
- Registrar las medidas tomadas en la documentación de enfermería.

• Observaciones:

En la prevención de caídas es fundamental la identificación del paciente de riesgo, así como conocer las causas que las provocan.

7.1.1. Sujeción del paciente

• Definición:

Aplicación y control de dispositivos de sujeción mecánica o manual para limitar la movilidad física del paciente.

• Objetivo:

Evitar que el paciente se lesione así mismo o a los demás.

• Equipo:

- Tijeras.
- Cama articulada.

- **Material:**
  - Sujeciones mecánicas.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Trasladar el material a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente y familia de la necesidad de la sujeción y de las conductas necesarias para el cese de la intervención.
  - Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción.
  - Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.

- SUJECIÓN DE EXTREMIDADES:

1. Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con una presión moderada.
2. Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente, no atarlas a la barandilla de la cama.
3. Comprobar el estado de la piel en el punto de sujeción:color, temperatura y sensibilidad de las extremidades sujetadas.
4. Permitir movimiento y ejercicio de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.

- SUJECIÓN DEL TRONCO:

1. Sujetar al paciente a nivel de la cintura o del tórax por debajo de las axilas.
2. Poner la sujeción por encima del pijama del paciente (nunca sobre la piel)
3. Comprobar el estado de la piel en el punto de sujeción:color, temperatura.
4. Valorar la respiración del paciente.

- Evaluar a intervalos regulares la necesidad del paciente de continuar con la sujeción.
- Retirar gradualmente las sujeciones a medida que aumente el autocontrol.
- Valorar la respuesta del paciente al retirar la sujeción.
- Retirar material.
- Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: el fundamento de la aplicación de la intervención y las razones del cese si procede.

• Observaciones:

- Revisión frecuente de las sujeciones.
- Este procedimiento se debe llevar a cabo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.

7.1.2. Cuidados de enfermería en las caídas

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera a un paciente que ha sufrido una caída.

• Objetivos:

- Paliar las lesiones sufridas por la caída.
- Administrar los cuidados necesarios según la lesión.

• Equipo:

- Equipo necesario según las lesiones.

• Material:

- Material adecuado según las lesiones.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Trasladar al paciente a la cama.
- Solicitar ayuda si es necesario.
- Tranquilizar al paciente y familia tras la caída.
- Valorar la existencia de lesiones, y en caso de existir avisar al médico.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Administrar los cuidados necesarios en relación a la lesión provocada.
- Detectar la causa de la caída.
- Planificar los cuidados necesarios para evitar otra caída.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados llevados a cabo.

7.2. PREVENCIÓN DE INFECCIONES

• Definición:

Aplicación de medidas de prevención y detección precoz de la infección, por parte de la enfermera, en un paciente de riesgo.

• Objetivos:

- Minimizar el riesgo de desarrollar una infección nosocomial.
- Educar al paciente y familia en las medidas de prevención de la infección.

• Equipo:

- Equipo necesario según los cuidados que se apliquen.

• Material:

- Material necesario según los cuidados que se apliquen.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Valorar los signos o síntomas de infección.
- Valorar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Limitar el número de visitas si procede.
- Mantener las normas de asepsia en el paciente.
- Aplicar las precauciones de aislamiento, si procede.
- Seguir las precauciones estándar.
- Lavarse las manos antes y después de cada procedimiento.
- Curar las heridas con técnica estéril.
- Valorar el estado de cualquier herida, drenaje o punción.
- Insertar y cuidar los catéteres con técnica estéril.
- Mantener los drenajes y sistemas de infusión en circuito cerrado.
- Manipular lo menos posible los sistemas de infusión.
- Fomentar la ingesta nutricional y de líquidos necesarios.
- Facilitar el descanso.
- Mantener la integridad de piel y mucosas.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad.
- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y de cómo evitarla.
- Emplear medidas de limpieza y desinfección del mobiliario y habitación del paciente.
- Los enseres de aseo del paciente serán individuales.

• **Observaciones:**

Informar de la sospecha de infecciones nosocomiales al servicio de Medicina Preventiva.

7.2.1. Precauciones estándar

• **Definición:**

Medidas a adoptar por el personal sanitario ante cualquier paciente hospitalizado,independientemente de la patología que padezca,siempre que vaya a entrar en contacto con sangre o fluidos corporales.

• **Objetivo:**

Prevenir la transmisión de patógenos que se vehiculizan a través de la sangre o fluidos corporales mediante la interposición de barreras adecuadas.

• **Equipo:**

Equipo necesario para aplicar las precauciones.

• **Material:**

- Material necesario para aplicar las precauciones, barreras físicas como: guantes, jabón, antiséptico, mascarillas, batas, calzas y gafas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Informar al paciente y familia de las medidas adoptadas y su fundamento.
- Ponerse guantes siempre que se vaya a entrar en contacto con cualquier mucosa del paciente o fluidos corporales excepto el sudor.
- Retirarse los guantes tras el contacto con un paciente.
- Lavarse las manos antes y después de la asistencia al paciente y al ponerse o quitarse los guantes.
- Utilizar la mascarilla, gafas y bata siempre que exista el riesgo de salpicadura y cambiar inmediatamente si estas se manchan.
- En caso de salpicadura de sangre o fluidos en mucosas lavar abundantemente con suero salino (o en su defecto agua y jabón) y aplicar un antiséptico. Si la salpicadura se produce en los ojos, aplicar un colirio antiséptico.
- Las agujas no deben recapsularse NUNCA ni manipularlas. Tras la

utilización de cualquier objeto cortante o punzante se depositarán en los contenedores para material punzante y de riesgo biológico.
- Ante una parada cardiorrespiratoria utilizar el ambú en la ventilación del paciente.
- Las muestras de laboratorio de sangre o líquidos corporales deben remitirse al laboratorio en recipientes cerrados de doble empaquetamiento.
- Si existe derramamiento de sangre o líquidos corporales sobre la piel del personal (intacta o no): lavar inmediatamente con agua y jabón y uso de antiséptico (clorhexidina y solución yodada)
- La eliminación de los residuos hospitalarios se hará de acuerdo a la política de gestión de residuos con riesgo biológico.

• Observaciones:

- La descontaminación de superficies (verticales y horizontales) contaminadas con sangre o fluidos corporales se realizará inmediatamente con agua y lejía al 1/10

7.2.2. Lavado de manos: higiénico y antiséptico

• Definición:

Conjunto de medidas higiénicas que persigue eliminar el mayor número posible de microorganismos patógenos de las manos mediante la técnica de lavado de manos con agua, jabón neutro y antiséptico.

• Objetivos:

- Prevenir la propagación y transmisión de microorganismos patógenos.
- Disminuir la flora bacteriana de las manos antes de un procedimiento.

• Equipo:

- Lavabo para las manos

• Material:

- Agua.
- Jabón neutro y antiséptico.
- Cepillo.
- Toalla a ser posible desechable.

- **Procedimiento:**
  - Iniciar el lavado manual, abriendo el paso del agua.
  - Mojarse las manos.
  - Enjabonar manos y muñecas por delante y por detrás, insistiendo en los espacios interdigitales unos 20-30 segundos. En el lavado antiséptico 60 segundos.
  - Enjuagar manos y muñecas.
  - Cerrar el paso del agua con los codos.
  - Secar las manos y muñecas con toallas de celulosa y desechar.
  - En el lavado antiséptico utilizar jabón antiséptico y hacer más énfasis en uñas y espacios interdigitales.

- **Observaciones:**
  - No utilizar barnices de uñas.
  - Mantener las uñas cortas y limpias.
  - No aplicar cremas en las manos durante la jornada laboral pues interfieren en la efectividad de las soluciones antisépticas.
  - El lavado higiénico está indicado en:
    1. A la llegada y salida de la unidad de trabajo.
    2. Antes y después de la distribución de las comidas y de comer.
    3. Antes y después de extracciones sanguíneas, excepto hemocultivos que es un lavado antiséptico.
    4. Después de manipular objetos en contacto con el paciente.
    5. Antes y después de usar guantes limpios.
    6. Antes y después de preparar la medicación.
    7. Después de hacer uso del wc, estornudar o sonarse la nariz.
    8. Después de usar guantes estériles.
    9. Después de realizar técnicas invasivas.
    10. Después del contacto con secreciones,excreciones y sangre del enfermo.

  - El lavado antiséptico está indicado en:
    1. Antes y después de la administración de medicación por vía parenteral, aspiración bronquial, manipulación de catéteres y sondajes.
    2. Antes y después de cambios de apósitos o curas.
    3. Antes del uso de guantes estériles.
    4. Antes y después de cuidar a un paciente con sospecha de infección en áreas de alto riesgo.
    5. En el manejo de enfermos inmunodeprimidos.

7.2.3. Lavado quirúrgico de manos

• Definición:

Proceso realizado antes de cualquier intervención quirúrgica para eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de manos y antebrazos a través de un lavado mecánico y de desinfección con productos químicos.

• Objetivos:

- Disminuir la flora resistente de las manos y antebrazos.
- Prevenir las infecciones nosocomiales.

• Equipo:

Lavabo amplio, profundo y con grifo con palanca especial.

• Material:

- Agua
- Jabón antiséptico.
- Cepillo estéril.
- Palito de naranjo.
- Gasas, paños y toallas estériles.

• Procedimiento:

- Duración del lavado: 6-10 minutos.
- Mantener manos por encima del nivel de los codos en todo el procedimiento.
- Realizar un lavado preliminar con jabón antiséptico y agua tibia, enjabonando manos y brazos hasta 5 cm por debajo de los codos.
- Limpiar bajo las uñas, si precisa, con el palito de naranja.
- Aclarar en profundidad.
- Preparar los cepillos cerca del lavabo, abriendo los paquetes y dejándolos dentro del mismo.
- Coger el cepillo con la mano contraria al brazo que vamos a lavar y cepillar durante 15 segundos uñas, yemas de dedos, espacios interdigitales y resto de los dedos por este orden y frotando con movimientos circulares.
- Hacer lo mismo con la otra mano, cambiando de cepillo.
- Desechar el cepillo y coger otro, pasando a frotar 15 segundos, manos, muñecas, antebrazos y codos hasta 5 cm por debajo, primero con un brazo y luego con el otro.
- Desechar el cepillo y aclarar bien con agua.

- No agitar las manos.
- Mantener manos por encima del nivel de los codos y secar bien con paños estériles, empleando uno para manos y otro para brazos.

• Observaciones:

- Prescindir de barniz de uñas.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- No utilizar anillos ni pulseras.

7.2.4. Preparación de un campo estéril

• Definición:

Zona claramente delimitada donde se mantienen unas condiciones de asepsia completa y será una zona libre de microorganismos.

• Objetivo:

Evitar contaminación del campo para prevenir posibles infecciones en el paciente y posteriores complicaciones.

• Equipo:

Equipo estéril: paños, pinzas, mango de bisturí, etc.

• Material:

- Material estéril: gasas, compresas, guantes, batas, apósitos, etc.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Lavado antiséptico de manos.
- Informar al paciente de las dimensiones del campo para que evite movimientos bruscos que contaminen el campo.
- Colocar campo estéril: abrir paño estéril con la punta de los dedos tocando sólo las esquinas.
- Colocar bata, mascarilla y guantes (todo estéril)
- Colocar los elementos estériles a utilizar en el campo siguiendo el orden a utilizar.
- Poner pinzas estériles para coger gasas, compresas, etc.

• Observaciones:

Evitar derramar líquidos sobre el campo porque puede favorecer la penetrabilidad de gérmenes.

7.2.5. Limpieza del material quirúrgico

• Definición:

Conjunto de medidas de limpieza del material quirúrgico encaminadas a preparar dicho material para su posterior utilización o esterilización si procede.

• Objetivo:

- Establecer condiciones de asepsia del material quirúrgico.

• Equipo:

- Batea.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Bata.
- Agua.
- Detergente.
- Cepillo o escobilla.
- Solución desinfectante.

• Procedimiento:

- Limpiar con agua más detergente todo tipo de material utilizado.
- Utilizar cepillo o escobilla, si procede.
- Aclarar el material con abundante agua.
- Sumergir el material lavado en solución desinfectante unos minutos.
- Volver a aclarar con agua.
- Secar bien el material.
- Reunir el material y realizar el recuento.
- Remitir a la unidad de esterilización.

• Observaciones:

- No deberá realizarse un proceso de desinfección o esterilización sin un proceso de limpieza previo.
- Si el material contiene varias piezas, previo a la limpieza habrá de ser desmontado.
- Si el instrumento no se puede limpiar inmediatamente tras su uso, sumergirlo en solución desinfectante hasta la limpieza.

7.2.6. Almacenamiento del material esterilizado

- **Definición:**

  Mantenimiento y conservación del material esterilizado.

- **Objetivo:**

  Conservar el material esterilizado en condiciones de asepsia para su utilización.

- **Procedimiento:**

  - No mezclar objetos metálicos con artículos de ropa.
  - Controlar la fecha de caducidad y estado de los envoltorios.
  - Colocar el material esterilizado el más antiguo delante.
  - Tener los armarios cerrados y libres de humedad.

7.2.7.Precauciones de aislamiento: transmisión aérea,transmisión por gotículas y por contacto

- **Definición:**

  Conjunto de medidas que adopta el personal sanitario ante la sospecha clínica o confirmación bacteriológica de la presencia en el paciente de microorganismos patógenos transmisibles por aire, gotículas o contacto.

- **Objetivos:**

  - Evitar la transmisión o difusión de la infección desde el paciente infectado a otros pacientes y al personal sanitario, interrumpiendo la cadena epidemiológica.
  - Aislar la infección, no así el paciente, y reducir los costes asociados con precauciones de aislamiento innecesarias.

- **Equipo:**

  Mesita.

- **Material:**

  - Material necesario según el tipo de aislamiento: guantes no estériles, bata, mascarilla, calzas, gorro, carteles indicativos de las precauciones a tomar, etc.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

  - Realizar lavado de manos.

- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar y los motivos.
- Aplicar las precauciones estándar.
- Precauciones de transmisión aérea: diseñadas para reducir el riesgo de transmisión aérea de los agentes infecciosos que se propagan en partículas de menos de 5 micras. Pueden ser dispersadas por las corrientes de aire de la habitación.
  1. Habitación individual: con presión negativa o manteniendo siempre las puertas cerradas.
  2.Protección respiratoria:siempre que se va entrar en la habitación.
  3. Evitar movimientos del paciente fuera de la habitación, pero si fueran necesarios, limitar la dispersión colocándole al paciente una mascarilla.
  4. Eliminación de residuos en bolsa o contenedor identificado.
  5. Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

- Precauciones de transmisión por gotículas: diseñadas para prevenir la propagación de agentes infecciosos que se vehiculizan en gotículas de más de 5 micras y que pueden ser producidas por el paciente cuando tose, estornuda, etc.
  1. Habitación: es recomendable habitación individual. Cuando no se dispone de habitación individual, mantener la separación espacial de al menos un metro entre el paciente infectado y otros pacientes o visitantes. No es necesario sistema especial de ventilación.
  2. Utilizar mascarilla cuando se va a trabajar cerca del paciente.
  3. Evitar movimiento y traslado del paciente fuera de la habitación, pero si fuera necesario limitar la dispersión de gotículas colocándole una mascarilla al paciente.
  4. Eliminar los residuos en bolsas o contenedores identificados.
  5. Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

- Precauciones de transmisión por contacto: diseñadas para pacientes que se sabe o se sospecha que están infectados o colonizados por microorganismos que pueden ser transmitidos por contacto directo del paciente o contacto indirecto con superficies del medio ambiente o utensilios utilizados en el cuidado al paciente.
  1. Recomendada la habitación individual. Cuando no se dispone de

habitación individual consultar con Medicina Preventiva antes de colocar al paciente.

2. Además de llevar guantes en las situaciones que indica las precauciones estándar, deben llevarse puestos cuando se entra en la habitación, en el transcurso de la atención al paciente. Cambiar inmediatamente cuando se entre en contacto con material infectado (materia fecal, drenaje de heridas, etc.). Retirarse los guantes contaminados y lavarse las manos con jabón antiséptico inmediatamente.
3. Bata: siempre que se prevea que la ropa del profesional sanitario pueda entrar en contacto con material infectado.
4. Si el paciente se traslada fuera de la habitación, asegurarse que se mantienen las precauciones para minimizar el riesgo de transmisión de microorganismos a otros pacientes y la contaminación de superficies o equipos sanitarios.
5. Eliminar los residuos en bolsa o contenedores identificados.
6. Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

• Observaciones:

- Poner una mesita auxiliar en la puerta de la habitación o antesala con todo el material necesario para el aislamiento: batas, mascarillas, guantes, calzas, gorros, etc.
- Colocar un cartel en la habitación del paciente informando de las precauciones necesarias que hay que adoptar.

7.3. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

• Definición:

Conjunto de cuidados que planifica la enfermera para la prevención de la formación de úlceras por presión (UPP) en un paciente con riesgo de desarrollarlas.

• Objetivos:

- Mantener la integridad de la piel.
- Disminuir o eliminar los factores de riesgo que favorecen la aparición de las UPP (presión, humedad, desnutrición, etc.).
- Educar al paciente y familia en las medidas preventivas.

- **Equipo:**
  - Almohadas.
  - Carro de curas.
  - Colchón antiescaras.
  - Ropa de cama.
  - Equipo necesario para la higiene del paciente en cama.

- **Material:**
  - Ver material de higiene del paciente en cama.
  - Guantes no estériles.
  - Productos hidratantes: vaselina, vaselina líquida
  - Protectores locales: apósitos, compresas, esparadrapo, vendas de almohadillar, vendas de crepé.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Valorar el riesgo de aparición de UPP al ingreso y cada 7 días a través de las escalas según protocolo del centro (Braden, Norton,etc.), en pacientes con alto riesgo se valorará todos los días.
  - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
  - Realizar higiene diaria con agua y jabón neutro.
  - Mantener buena hidratación de la piel.
  - Eliminar humedad en la piel causada por transpiración, drenaje heridas, incontinencia fecal o urinaria.
  - Realizar masajes en las zonas de riesgo,siempre que no estén enrojecidas.
  - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
  - Pautar cambios posturales cada 2-3 horas en pacientes con riesgo.
  - Colocar el programa de giros en la cama del paciente.
  - Colocar apósitos protectores en zonas de presión y colocar almohadillado en prominencias óseas con riesgo de fricción (talones, codos, etc.)
  - Asegurar una nutrición adecuada.
  - Registrar en la documentación de enfsermería las medidas adoptadas.

7.4. CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera sobre las úlceras por presión que presenta el paciente para fomentar la regeneración de los tejidos hasta su curación o mejoría.

• Objetivo:

Restablecer la integridad de la piel del paciente.

• Equipo:

- Material de curas:mango bisturí, pinzas de Kocher, pinzas de disección con o sin dientes.
- Paños estériles.

• Material:

- Apósitos estériles.
- Compresas estériles.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Esparadrapo antialérgico.
- Hoja de bisturí del nº 15-21
- Desbridantes.
- Apósitos.
- Suero fisiológico al 0,9%
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el carro de curas y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para curar la úlcera.
- Valorar la úlcera: localización, estadio, tamaño (longitud, amplitud y profundidad), descripción del aspecto, signos de infección o dolor.
- Normas básicas para todas las úlceras por presión:

  1. Aplicar el procedimiento de prevención.
  2. Realizar lavado de manos.

3. Colocarse guantes estériles.
4. Utilizar equipo de curas estéril.
5. Limpiar la herida con suero fisiológico a chorro.
6. Secar la herida sin arrastrar.

- Curar según técnica de cura húmeda.
- Aplicar el tratamiento adecuado al estadio de la úlcera.

Estadio I: fase eritematosa
- Hidratar la piel.
- Colocar apósito protector.
- No masajear la zona enrojecida.

Estadio II: fase escoriativa *(úlcera superficial que afecta a dermis y epidermis con un exudado moderado)*
- Colocar apósito protector absorbente.
- Si hay cavidad: también pasta hidrocoloide.
- Si hay tejido necrótico: desbridar.

Estadio III y IV: fase escoriativa/necrótica *(úlcera que afecta a tejido subcutáneo, muscular y a veces óseo y tendones)*
- Colocar apósito protector absorbente rellenando las 3/4 partes de la cavidad con los productos específicos.
- Retirar el material de relleno de otras curas.
- Si existe mucho exudado, además de lo anterior poner apósito de hidrofibra.
- Si existe tejido necrótico, desbridar.
- Úlceras con mal olor: apósitos de carbón activado.
- Utilizar apósito estéril no transparente.
- No cura oclusiva si la afectación de la úlcera es ósea y tendinal.

Úlceras infectadas:
- No usar cura oclusiva.
- Limpiar la úlcera con suero fisiológico al 0,9% cada 12 horas.
- Colocar apósito hidrofibra y apósito estéril no transparente.
- Si no mejora en 10 días, tomar muestra de cultivo de la herida y comunicar al médico por si procede antibioterapia sistémica.

Úlcera con tejido necrótico: tratamiento → desbridamiento
Tipos de desbridamiento:
- Quirúrgico:Técnica y material estéril.Requiere destreza, es rápido y puede resultar doloroso. Recortar por planos y en diferentes sesio-

nes comenzando siempre por el centro de la lesión.

- Enzimático: es más lento, no doloroso y puede llegar a macerar el tejido sano. Se aplica con gasas humedecidas en suero fisiológico (colagenasa)
- Autolítico: apósitos que producen condiciones de cura húmeda. Estos productos reblandecen y separan la necrosis y placas secas absorbiéndolos en la estructura gelatinosa. Es lento, selectivo y no daña el tejido de granulación.
- Se pueden combinar los desbridamientos enzimático y autolítico con el quirúrgico.

Técnica de colocación de los apósitos comerciales tipo hidrocoloides, hidrogeles, etc.

- Aplicar directamente sobre la úlcera dejando un margen de 2-3 cm.
- Cambiar cada 48-72 horas o siempre que el gel rebose por los bordes.
- No retirar precozmente porque destruye el tejido de granulación que se esté formando.
- Reforzar los bordes con esparadrapo.
- Poner fecha de aplicación del apósito.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en registros de enfermería: registrar los cuidados aplicados.

• **Observaciones:**

- En pacientes con varias úlceras comenzar siempre por la menos contaminada.
- El cambio y frecuencia de curas dependerá del grado de exudado y el estado en que se encuentre el apósito.
- No usar ningún tipo de antiséptico pues destruye el tejido de granulación.

CAPÍTULO VIII

Procedimientos relacionados con el descanso del paciente

8.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA FAVORECER EL DESCANSO DEL PACIENTE

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para fomentar el sueño/vigilia del paciente.

• Objetivos:

- Favorecer el descanso del paciente.
- Enseñar al paciente y familia medidas para fomentar el sueño.

• Equipo:

- Ver equipo del procedimiento higiene del paciente en cama.
- Ver equipo del procedimiento manejo del orinal tipo botella y cuña.
- Ver equipo del procedimiento actuación de enfermería en la prevención de caídas.

• Material:

- Ver material de los procedimientos anteriores.
- Alimentos, infusiones, etc.
- Medicación prescrita.
- Objetos personales.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Incluir el ciclo regular sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Observar y registrar el esquema del número de horas de sueño del paciente.
- Crear un ambiente adecuado para el descanso (luz, ruido, temperatura, colchón y cama)
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama.
- Ofrecer medidas de comodidad antes de ir a dormir (aseo personal, cambiar ropa de la cama, ayudar en la eliminación urinaria) si procede.
- Evitar la ingesta de alimentos o bebidas que entorpezcan el sueño.

- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Ofrecer infusiones, alimentos o bebidas calientes si precisa.
- Ofrecer sus objetos personales, si precisa.
- Facilitar la comunicación para disminuir miedos, ansiedad.
- Comentar al paciente y familia las medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño (relajación muscular progresiva, etc.) y cambios en el estilo de vida que contribuyen a un sueño óptimo.
- Proporcionar seguridad al paciente, aplicando el procedimiento de actuación de enfermería ante la prevención de caídas.
- Registrar en la documentación de enfermería: medidas tomadas, motivo, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si el paciente padece insomnio, comunicarlo al médico.
- Estimular la vigilia durante el día para favorecer el descanso nocturno.

CAPÍTULO IX

Procedimientos sobre el control de fármacos

9.1. NORMAS GENERALES EN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN

• Definición:

Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

• Objetivos:

- Proporcionar la medicación prescrita al paciente en condiciones de seguridad.
- Disminuir el riesgo de reacciones anafilácticas.
- Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.
- Enseñar al paciente y familia como manejar la medicación que se le ha prescrito.

• Equipo:

Equipo necesario para la preparación y administración de medicación según la vía de administración.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la prescripción.
- Material necesario para preparar y administrar la medicación según el tipo de vía a utilizar.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Comprobar fármaco prescrito, dosis, vía, caducidad del medicamento, nombre del paciente, posibles alergias del paciente y estabilidad del fármaco.
- Preparar la medicación y trasladarla a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar identificación del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos y si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.

- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación.
- Revisar al ingreso con el paciente y familia los tipos y dosis de medicación habitual que toma el paciente.
- Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
- Enseñar al paciente y familia la acción deseada y los efectos secundarios posibles de los fármacos.
- Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.
- Ayudar al paciente y familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, si procede.
- Conocer si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que pueda tener su uso sobre la medicación.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

9.2. NORMAS GENERALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

• Definición:

Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos.

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• Equipo:

Equipo necesario para la preparación y administración de medicación según la vía de administración.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la prescripción.
- Material necesario para preparar y administrar la medicación según el tipo de vía a utilizar.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Verificar la orden médica antes de administrar el fármaco.
  - Comprobar que la prescripción médica escrita contiene: nombre del paciente, fecha de la prescripción, nombre y dosis del fármaco a administrar, vía de administración,frecuencia, firma del médico que prescribe. La prescripción médica debe ser clara, ante cualquier duda consultar con el médico.
  - Programar los horarios de administración según protocolo conjunto con el servicio de farmacia.
  - Comprobar la existencia de alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
  - Preparar la medicación de cada paciente por separado.
  - Preparar los medicamentos utilizando el material y técnicas apropiadas para la modalidad de administración de la medicación.
  - Verificar el buen estado del medicamento, caducidad e identificación del fármaco.
  - Rechazar la medicación abierta y los comprimidos rotos.
  - Cuando se trate de medicación parenteral, utilizar agujas distintas en la preparación y en la administración.
  - Los viales de múltiples usos (insulinas, etc.) serán desinfectados antes de su uso con antiséptico sobre el tapón.
  - Asegurarse de nuevo que la dosis, vía, frecuencia y hora de administración es la correcta.
  - Comprobar que el paciente que va a recibir la medicación es el paciente correcto. En niños verificar con los padres la identidad, en pacientes desorientados o inconscientes con el brazalete.
  - Preparar la medicación y trasladarla a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada.
  - Permanecer con el paciente mientras toma la medicación.
  - Instruir al paciente y familia en el manejo de la medicación: dosis, horarios, forma de administración, si procede (medicación oral, tópica, rectal e inhaladores)
  - Instruir al paciente y familia acerca de la acción y efectos adversos esperados de la medicación.
  - Valorar al paciente por si necesita medicación a demanda.
  - Si el paciente rechaza la medicación, anotarlo en la documentación

de enfermería y comunicarlo al médico.

- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente. Firmar en la hoja de administración de medicación con las iniciales de la enfermera.

• Observaciones:

- Si el paciente es un niño: mejor utilizar jarabes de sabor dulce que comprimidos. Evitar mezclar los medicamentos con la comida y si el medicamento tiene un sabor extraño decírselo.
- Si el paciente es un anciano pueden presentarse problemas relacionados con los cambios fisiológicos de la edad:
  1. Memoria alterada.
  2. Menor agudeza visual.
  3. Disminución de la función renal:que provoca una eliminación más lenta de los fármacos.
  4. Absorción incompleta.
  5. Aumento de la proporción de grasas en la masa corporal, facilitando la retención de los fármacos liposolubles por que aumenta la toxicidad.
- En situaciones especiales, las órdenes verbales o telefónicas se firmarán por el médico antes de las 24 horas, se registrará por la enfermera en la hoja de cuidados poniendo el nombre del médico que la prescribe y el nombre de la enfermera.
- Verificar que la dosis del fármaco no sobrepase los límites de seguridad.

9.2.1. Administración de medicación por vía oral

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía oral y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oral en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• Equipo:

Carro o batea de medicación.

- **Material:**
  - Medicación prescrita.
  - Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
  - Guantes desechables.
  - Jeringas dosificadoras.
  - Vasos para líquidos.
  - Vasitos de unidosis.
  - Cañitas flexibles (pajitas).
  - Toallitas de papel.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Seguir normas generales de administración de medicación.
  - Colocar al paciente en posición Fowler o semi-fowler.
  - Determinar el conocimiento sobre la medicación y la compresión del método de administración del paciente.
  - Valorar la capacidad de deglución del paciente. Si está disminuida, valorar otras vías de administración.
  - Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con comida, si procede.
  - Proporcionar al paciente agua u otro líquido para tragar la medicación.
  - Asegurarse de que la medicación ha sido ingerida por el paciente.
  - Vigilar posibles aspiraciones del paciente.
  - Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
  - Recoger el material.
  - Retirarse los guantes, si procede.
  - Realizar lavado de manos.
  - Registrar: la medicación administrada, dosis,vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**
  - Los medicamentos que provocan erosión de la mucosa gástrica se administrarán con las comidas y nunca inmediatamente antes de acostarse.
  - Valorar la influencia de los alimentos en la absorción del medicamento.
  - Existen varios tipos de presentaciones de los medicamentos por vía oral:

a) Comprimidos: Preservar de la humedad, luz y aire. Las formas de liberación controlada o los comprimidos con recubrimiento entérico no triturar ni diluir Los comprimidos efervescentes hay que diluirlos totalmente.
b) Grageas y cápsulas: No triturar ni retirar la cápsula protectora. No administrar con leche o alcalinos pues disuelven la cobertura protectora. Administrar con estómago vacío y abundante agua para que llegue antes al intestino.
c) Polvos: una vez disueltos administrarlos.
d) Jarabes: si se toma con otros medicamentos, tomar el jarabe en último lugar.
e) Suspensiones: agitar bien antes de administrar y las suspensiones antiácidas no deben diluirse.

9.2.2. Administración de medicación por vía sublingual

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía sublingual y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía sublingual en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• Equipo:

Carro o batea de medicación.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Jeringas dosificadoras.
- 1 Aguja.
- Vasitos de unidosis.
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar la medicación debajo de la lengua del paciente.
- Indicar al paciente que mantenga la medicación bajo la lengua hasta que se disuelva.
- Vigilar que no se trague ni mastique la medicación.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

9.2.3. Administración de medicación por sonda nasogástrica

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por sonda nasogástrica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por sonda nasogástrica en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Fonendoscopio.
- Pinza de clamp.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- 1 Jeringa de 50 c.c.

- Sonda nasogástrica
- 1 Vaso para líquidos.
- Agua, zumo, etc.
- Vasitos de monodosis.
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar (triturar y diluir con agua, 30 c.c. en adultos y 20 c.c. en niños) la medicación y trasladarla a la habitación del paciente.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-fowler.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Comprobar la colocación y permeabilidad de la sonda con el fonendoscopio.
- Pinzar la sonda y colocar el cono de la jeringa en la conexión de la sonda.
- Lavar la sonda nasogástrica con 10 c.c. de agua.
- Despinzar la sonda y permitir que el agua entre por gravedad, para ello retirar el émbolo de la jeringa.
- Verter el contenido de la medicación en la jeringa dejando que caiga por gravedad.
- Añadir de 10-20 c.c.de agua para lavar la sonda (5-10 c.c. en niños) tras la medicación.
- Si la medicación no pasa por gravedad, se utilizará el émbolo de la jeringa.
- Pinzar la sonda nasogástrica y retirar la jeringa.
- Mantener pinzada la sonda 1 hora para que se absorba la medicación.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- En pacientes con nutrición enteral no añadir el medicamento a la fórmula para evitar interacciones.
- En caso de que los medicamentos prescritos no se puedan triturar o diluir por sus características propias, se comunicará al médico para una posible sustitución de la medicación o cambio de vía.
- No administrar los jarabes en bolo en el intestino pues puede ocasionar diarrea osmótica.
- Los lavados de la sonda se deben efectuar con agua tibia para evitar la formación de grumos y posible obstrucción.

9.2.4. Administración de medicación por vía rectal

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía rectal y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía rectal con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Toalla.
- Sábana.
- Ver equipo de higiene de los genitales.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médica de la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Gasas no estériles.
- Jabón neutro.
- Lubricante.
- Ver material de higiene de los genitales.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.

- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar la presencia de estreñimiento, diarrea y la habilidad del paciente para retener supositorio o enema.
- Colocar al paciente en posición Sims.
- Cubrir al paciente y dejar las nalgas del paciente libres.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Examinar el ano y realizar higiene de los genitales, si precisa.
- Lubricar el supositorio o cánula en el extremo.
- Separar las nalgas con la mano no dominante.
- Introducir suavemente el supositorio o cánula a través del ano a la vez que se indica al paciente que respire lenta y profundamente por la boca. Introducir de 2,5 a 5 cm.
- Indicar al paciente que permanezca en posición horizontal o de lado unos 5 minutos y que retenga la medicación unos 20 minutos.
- Limpiar la zona anal con gasas.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Mantener los supositorios en la nevera.
- Los enemas o supositorios laxantes se deben administrar antes de las comidas con el fin de evitar el aumento del peristaltismo.
- Si se ha de administrar un supositorio de una dosis menor de la presentación, cortar el supositorio de forma longitudinal.

9.2.5. Administración de medicación por vía tópica

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía tópica y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía tópica con

fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**
- Batea.
- Toalla.

• **Material:**
- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Gasas no estériles.
- Jabón neutro.
- Aplicador o depresor.
- Vendas.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Apósitos.
- Esponjas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**
- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.
- Retirar los restos de medicación y limpiar la piel con agua jabonosa, aclarar y secar sin friccionar.
- Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
- Extenderlo sobre la superficie cutánea afectada en la dirección del vello para prevenir la irritación de los folículos pilosos.
- Aplicar parches transdérmicos en zonas de piel sin vello.
- En el caso de medicación en aerosol, ver la distancia a la que hay que pulverizar, agitar y dejar secar.
- Cubrir la zona con vendaje y apósito si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.

- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Si la piel de la zona de aplicación está intacta se usará guantes desechables, pero si existe rotura de la integridad de la piel, el procedimiento se realizará mediante técnica estéril.
- Los parches transdérmicos hay que administrarlos siempre a la misma hora y alternando las zonas de aplicación par evitar la irritación cutánea.

9.2.6. Administración de medicación por vía oftálmica

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía oftálmica y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oftálmica con fines terapéuticos y diagnósticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• Equipo:

- Batea.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- Gasas estériles.
- Bolsa para residuos.
- Jeringa.
- Suero salino fisiológico.
- Apósitos.
- Ver material del procedimiento de lavado de los ojos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Apósitos.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación y trasladarla a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar al paciente y familia su colaboración.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Utilizar de forma individualizada todo fármaco oftálmico etiquetando el envase con el nombre del paciente y fecha de apertura. Utilizar un frasco para cada ojo.
- Colocar al paciente en posición supina o sentado con la cabeza inclinada hacia atrás (si se aplica pomada) y de lado si es colirio.
- Indicar al paciente que mire hacia arriba.
- Realizar higiene de los ojos.
- Desechar la primera gota antes de instilar el tratamiento.
- Instilar la medicación en el saco conjuntival.
- Aplicar el medicamento:

  a) Colirio: instilar el número de gotas prescrito e indicar al paciente que cierre los ojos.

  b) Pomada: aplicar un cordón fino de pomada sobre la conjuntiva a lo largo del borde interno del párpado inferior, desde el ángulo interno al externo. Indicar al paciente que mantenga el ojo cerrado.

- Limpiar el exceso de medicación y de secreciones con una gasa estéril desde el ángulo interno al externo.
- Colocar apósito oftálmico si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

El fármaco debe estar a temperatura ambiente antes de su administración.

9.2.7. Administración de medicación por vía ótica

• **Definición**:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía ótica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía ótica con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- Gasas estériles.
- Bolsa para residuos.
- Suero salino fisiológico.
- Torundas de algodón.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición decúbito lateral con el oído afecto al descubierto, siempre que sea posible.
- Poner recto el canal auditivo tirando del pabellón auricular hacia atrás y afuera.
- Limpiar suavemente con una torunda de algodón empapada en suero fisiológico la parte más externa del canal auditivo.
- Instilar las gotas prescritas a la temperatura corporal, colocando el cuentagotas a 1 cm sobre el canal auditivo.
- Indicar al paciente que permanezca en esta posición de 3 a 5 minutos.

- Realizar una suave presión o masajear el oído con el dedo.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

El fármaco debe estar a temperatura corporal de lo contrario podría provocar vértigo.

9.2.8. Administración de medicación por vía inhalatoria

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía inhalatoria y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía inhalatoria con fines terapéuticos.
- Humidificar la vía aérea.
- Educar al paciente y familia en el uso y manejo de los inhaladores

• Equipo:

- Batea.
- Toma de oxígeno de pared.
- Caudalímetro.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Suero salino fisiológico.
- 1 Mascarilla de oxígeno
- 1 Jeringa.
- Nebulizador.
- Bolsa de residuos.
- 1 Cámara de inhalador.

- 1 Vaso.
- Antiséptico bucal o bicarbonato sódico diluido en agua.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición Fowler.

- Si es un nebulizador de pequeño volumen (aerosolterapia):

a) Diluir el fármaco en 3-4 ml de suero fisiológico.
b) Ajustar la mascarilla a la boca-nariz o estoma (si está traqueostomizado) del paciente.
c) Conectar cazoleta nebulizadora a la toma de oxígeno.
d) Introducir medicación en la cazoleta.
e) Conectar el oxígeno a 6-8 l/min.
f) Comprobar la correcta salida de vaho por la mascarilla.
g) Mantener la mascarilla de 10-15 minutos.
h) Explicar al paciente que realice inspiraciones profundas manteniendo la respiración unos 2 segundos.
i) Retirar la mascarilla y limpiarla.
j) Cambiar a diario el equipo nebulizador.
k) Limpiar la piel facial o la zona de alrededor del estoma del paciente.
l) Realizar higiene bucal del paciente con antiséptico bucal.

- Si son inhaladores:

a) Agitar el inhalador para mezclar su contenido.
b) Destapar el inhalador y prepararlo para su utilización.
c) Pedirle al paciente que realice una inspiración profunda.
d) Inhalador presurizado: inhaladores de dosis controladas:
- Colocar el inhalador en posición invertida.
- Colocar la boquilla del cartucho en la boca, sellando los labios alrededor de ella sin interponer los dientes. En caso de ser un paciente traqueostomizado se conectará al dispositivo de plástico que une la traqueostomía o tubo endotraqueal y realizar las inhalaciones.

- Indicar al paciente que incline ligeramente la cabeza hacia atrás.
- Inspirar lenta y profundamente por la boca a la vez que se presiona una sola vez el inhalador.
- El paciente deberá seguir tomando aire lenta y profundamente hasta llenar los pulmones.
- Retirar el inhalador de la boca y mantener la respiración unos 10 segundos.
- Si se ha de administrar más dosis del mismo aerosol o de otro, esperar un mínimo de 20 a 30 segundos entre cada toma.
- Si se utiliza cámara: acoplar el cartucho en el orificio de la cámara,colocar la boquilla de la cámara totalmente en la boca, cerrándola a su alrededor. Efectuar una pulsación del dosificador y pedir al paciente que realice una inspiración profunda del aire de la cámara. Retirar la cámara de la boca y mantener la respiración 10 segundos. Indicar al paciente que realice otra inspiración profunda para aprovechar la dosis administrada.

e) Dispositivos de polvo seco: se pueden dividir en:

- Sistema turbuhaler: girar la rosca de la parte inferior en sentido contrario a las agujas del reloj. Volver a girar en sentido a favor de las agujas del reloj (se oirá un clic). Colocar la boquilla entre los dientes y cerrar los labios sobre la misma. Aspirar enérgicamente. Si se ha de repetir dosis esperar 30 segundos.
- Sistema accuhaler: deslizar el protector de la pieza bucal, pulsar el gatillo lateral hacia abajo y a tope.Colocar los labios alrededor de la pieza bucal. Aspirar profundamente.

- Indicar al paciente que se enjuague la boca y haga gargarismos con bicarbonato sódico o antiséptico bucal diluido en agua, sobre todo si el inhalador contiene corticoides.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis,vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- La boquilla del inhalador se debe limpiar todos los días con agua y jabón.
- Cuando se utilice más de un inhalador, utilizar primero el broncodilatador dejando para el final los corticoides.
- Enseñar al paciente y familia la técnica de autoadministración.
- En neonatos con oxígeno en carpa, se fijará el nebulizador sin la mascarilla en el interior de la carpa.

9.2.9. Administración de medicación por vía nasal

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía nasal y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía nasal con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Suero salino fisiológico.
- 1 Jeringa de 2-5 c.c.
- Bolsa de residuos.
- Gasas estériles.
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.

- Indicar al paciente que se suene la nariz antes de la aplicación del medicamento, si no está contraindicado.
- Administración de gotas:
  a) Colocar al paciente en posición decúbito supino con la cabeza inclinada hacia atrás.
  b) Sujetar la cabeza del enfermo con la mano no dominante y abrir los orificios nasales presionando con suavidad sobre la punta de la nariz.
  c) Introducir el cuentagotas 1 cm sin tocar la nariz e instilar las gotas prescritas.
  d) Mantener la cabeza del paciente en hiperextensión unos minutos.
  e) Ofrecer toallitas de papel para que se retire los restos de medicación sin sonarse.

- Nebulizador nasal:
  a) Colocar al paciente en posición de Fowler o sentado.
  b) Introducir el cartucho de medicación en la narina, mientras se sella la otra con un dedo.
  c) Comprimir el envase con los dedos para expulsar la medicación y pedir al paciente que lo inhale al mismo tiempo.
  d) Mantener la cabeza del paciente inclinada hacia atrás unos minutos.

- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

9.2.10. Administración de medicación por vía vaginal

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía vaginal y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivo:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía vaginal con fines terapéuticos.

- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**
  - Batea.
  - Cuña.
  - Toalla.
  - Equipo de higiene de los genitales.

• **Material:**
  - Medicación prescrita.
  - Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
  - Guantes desechables.
  - Compresas.
  - Esponjas.
  - Jabón neutro.
  - Lubricante.
  - Bolsa de residuos.
  - Gasas estériles.
  - Material de higiene de los genitales.
  - Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Seguir normas generales en la administración de medicación.
  - Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
  - Colocarse los guantes.
  - Colocar al paciente en posición de litotomía.
  - Ponerle la cuña.
  - Examinar estado del periné, genitales externos y canal vaginal.
  - Realizar higiene de los genitales.
  - Separar los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal.
  - *Administración de óvulos:* 1. Sacar el óvulo del envoltorio. 2. Introducir el óvulo lubricado por la parte redondeada en el canal vaginal metiendo el dedo en su totalidad (8-10 cm)
  - *Administración de cremas o pomadas*: 1. Rellenar el aplicador con la crema o pomada. 2. Introducir el aplicador de 5-7 cm dentro del canal vaginal. 3. Empujar émbolo del aplicador para introducir la medicación. 4. Retirar el aplicador. 5. Limpiar restos que hayan

quedado en los labios mayores con una gasa.
- Retirar la cuña y poner una compresa a la paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

Indicar a la paciente que se mantenga acostada 5 minutos tras la administración del medicamento.

9.2.11. Administración de medicación por vía intradérmica

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intradérmica y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivo:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intradérmica con fines diagnósticos.

• Equipo:

- Batea.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- 1 Aguja intradérmica.
- 1 Jeringa de hipodérmica.
- Torunda algodón.
- Antiséptico incoloro.
- Rotulador
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial) y trasladarla a la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o sentado con el codo y el antebrazo extendidos y apoyados en una superficie plana.
- Seleccionar zona de punción y examinar la piel por si hay contusiones, edemas, lesiones. Se utiliza la cara anterior del antebrazo. En niños cara medial del muslo.
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico incoloro. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de dentro hacia afuera.
- Dejar secar el antiséptico.
- Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice.
- Insertar la aguja de forma que el bisel quede hacia arriba con un ángulo de 5-15º.
- Avanzar la aguja a través de la piel del paciente aproximadamente 3mm.
- Inyectar la medicación lentamente hasta formar una vesícula.
- Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.
- No frotar ni dar masaje en la zona.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material punzante y depositarlo en el contenedor destinado a tal fin.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Se utiliza para el test de la tuberculina (Mantoux) y para la realización de pruebas de alergia. Se administran pequeñas cantidades (0.01-0.1 ml)

9.2.12. Administración de medicación por vía subcutánea

• Definición:

Preparación y administración de medicamentos prescritos por vía subcutánea y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivo:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía subcutánea con fines terapéuticos.

• Equipo:

- Batea.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Aguja subcutánea.
- 1 Jeringa de 1 o 2 ml.
- Torunda de algodón.
- Antiséptico.
- Rotulador.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial) y trasladarla a la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Elegir el lugar de punción.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido.
- Valorar la zona de punción por si hay contusiones, edemas, lesiones, abrasiones o infecciones.
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de dentro hacia afuera.
- Dejar secar el antiséptico.

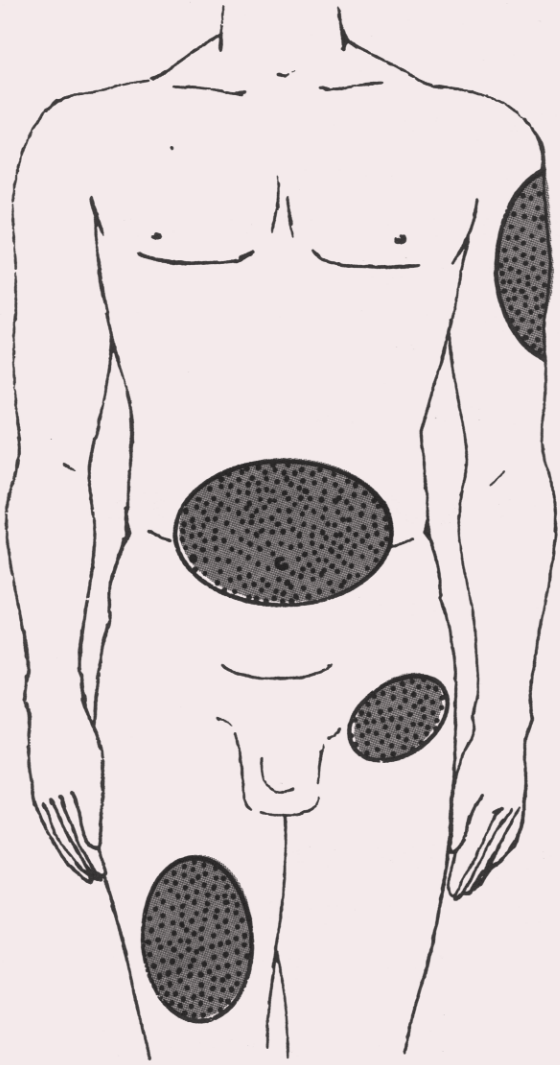
- Formar un pliegue cutáneo con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante.
- Sostener jeringa con mano dominante e introducir la aguja con el bisel hacia arriba con un ángulo de 45-90º.
- Aspirar para comprobar que no estamos en vía venosa e inyectar lentamente (si al aspirar refluye sangre, retirar la aguja y desechar jeringa y medicación. Repetir el procedimiento)
- Se recomienda no aspirar al administrar heparina.
- Retirar la aguja y aplicar una suave presión sobre la zona de punción (sin friccionar).
- *Administración de Heparina Cálcica:*
  a) Seleccionar punto de punción en el abdomen del paciente, por encima del nivel de la espina ilíaca anterior.
  b) Pellizcar un pliegue de 1,5 cm y clavar la aguja en él formando un ángulo de 90º, no soltar el pellizco hasta extraer la aguja.
  c) No aspirar ni aplicar masaje tras la inyección, pues puede originar hematoma.
  d) En jeringas precargadas no eliminar la burbuja de aire.

- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor.
- Recoger el resto de material.
- Retirarse los guantes.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Alternar zonas de punción para evitar atrofia del tejido subcutáneo y abscesos. Las zonas más frecuentes son: abdomen, parte externa brazos, parte externa muslos y glúteos.
- Cuando en la administración de insulina se utilicen dos preparados se cargará primero la insulina rápida. Se debe administrar la mezcla antes de 5 minutos pues la insulina lenta disminuye la acción de la rápida.

PUNCIÓN INTRADÉRMICA Y SUBCUTÁNEA



9.2.13. Administración de medicación por vía intramuscular

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intramuscular y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivo:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intramuscular con fines terapéuticos.

• Equipo:

- Batea.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- 1 Aguja intramuscular de 40 x 0.8.
- 1 Jeringa.
- Torunda de algodón.
- Antiséptico.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial) y trasladarla a la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Elegir el lugar de inyección.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido:decúbito lateral derecho o izquierdo si se inyecta en glúteo, decúbito supino si se inyecta en muslo.
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de dentro hacia afuera.
- Dejar secar el antiséptico.
- Insertar la aguja perpendicular a la piel con un ángulo de 90º en un

movimiento rápido y seguro. La técnica se puede realizar mediante dos sistemas:

a) abierto: jeringa y agujas separadas.

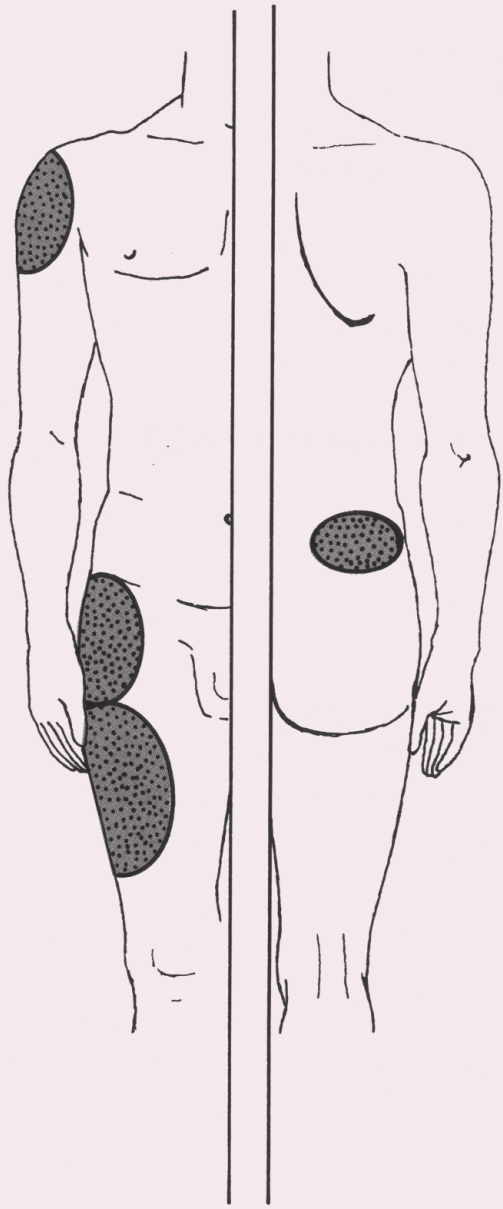
b) Cerrado: jeringa y aguja conectadas.

- Aspirar para comprobar que no estamos en vía venosa e inyectar lentamente (si al aspirar refluye sangre, retirar la aguja o buscar otro plano)
- Retirar la aguja evitando desplazamientos laterales y aplicar ligero masaje para ayudar a la distribución del fármaco.
- Controlar si el paciente presenta dolor agudo en el lugar de inyección o alteraciones sensoriales o motoras en el lugar de inyección o fuera de él.
- Si el medicamento a inyectar es irritativo o puede teñir la piel,se utiliza la técnica en Z:
  1. Realizar un desplazamiento del tejido subcutáneo y de la piel que hay sobre el músculo, antes de la inyección.
  2. Una vez inyectado el fármaco, antes de retirar la aguja se esperará 10 segundos.
  3. Una vez retirada la aguja soltar el tejido desplazado.
  4. No masajear el punto de punción.
- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Las zonas de punción son:
  1. Músculo glúteo mayor (adultos).....0.1 a 5 ml.
  2. Músculo vasto lateral externo (adultos).....0.1 a 5 ml.
  3. Músculo vasto lateral externo (niños) .....0.1 a 1 ml.
  4. Músculo deltoides (adultos).....0.1 a 2 ml.
  5. Músculo ventroglúteo (> 7 meses).....0.1 a 5 ml.
- La vía intramuscular está contraindicada en la administración de tratamientos anticoagulantes y adrenalina por su efecto irritante.

ZONAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INYECTABLES
POR VIA INTRAMUSCULAR



9.2.14. Administración de medicación por vía intravenosa

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intravenosa y evaluación de la respuesta del paciente. Se utiliza cuando se necesita una acción rápida.

• Objetivo:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intravenosa con fines terapéuticos y diagnósticos.

• Equipo:

- Batea.
- Soporte suero.
- Compresor.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- Guantes estériles.
- Apósitos.
- Equipo inyector de suero.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Obturador.
- 1 Aguja intravenosa 25 x 0.9-0.8.
- 1 Jeringa.
- Torunda de algodón.
- Antiséptico.
- Etiqueta identificativa de la medicación.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación: preparar la concentración de medicación intravenosa a partir de una ampolla o vial. Mantener asepsia, se desinfectará con solución antiséptica el tapón del vial antes de la

carga.
- Trasladarla a la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido: decúbito supino, generalmente.
- Colocarse los guantes estériles.

- *Administración de medicación intravenosa en bolo*: dependiendo del tiempo de duración se denomina bolus si es inferior a un minuto e intravenosa lenta si es más 2-5 minutos.

a) Inyección directa:

1. Localizar zona de punción (preferentemente fosa antecubital) escoger la vena de mayor calibre.
2. Colocar compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción.
3. Aplicar antiséptico y dejar que se seque.
4. Atravesar la piel con la aguja conectada a la jeringa con un ángulo de 30º con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena.
5. Comprobar que la aguja está en vena aspirando, si fluye sangre hacia la jeringa es correcto.
6. Retirar el compresor e inyectar el fármaco lentamente.
7. Retirar aguja y jeringa y aplicar presión en el lugar de punción con gasa estéril unos 3 minutos.
8. Colocar apósito en el lugar de punción.

b) A través de una vía canalizada:

1. *Si hay llave de 3 pasos:*
   - Retirar tapón.
   - Limpiar la entrada de la llave con antiséptico.
   - Insertar jeringa y girar la llave en la posición para introducir medicación.
   - Aspirar con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía.
   - Administrar la medicación lentamente.
   - Limpiar el catéter con 2-3 ml de suero fisiológico que estará preparado en otra jeringa.
   - Girar la llave a su posición inicial, retirar jeringa y volver a colocar tapón nuevo.

- *Administración de medicación IV en perfusión intermitente:*
  1. Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos.
  2. La duración de la administración oscila entre 15 minutos y varias horas.
  3. Perforar el recipiente de medicación con un equipo de suero.
  4.Administrar la medicación al ritmo prescrito.
  5. Retirar sistema una vez administrada la medicación.

- *Administración de medicación IV en perfusión continua:* el tiempo de infusión es continuo, se utiliza sueros de gran volumen como diluyentes y bombas de infusión.
- Valorar la respuesta del paciente a la medicación y la aparición de posibles reacciones adversas.
- Vigilar la zona de punción IV por si se produce infiltración o flebitis.
- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- En caso de obstrucción no irrigar la vía para evitar embolias o infecciones.
- Evitar mezclas múltiples y si las hay verificar que no existen interacciones.
- Las mezclas de medicación se harán con técnica aséptica.
- Vigilar diariamente la zona de punción por si aparece flebitis, inflamación, infiltración, hematomas, etc.
- En pacientes pediátricos el volumen del diluyente oscilará entre 5-50 c.c. dependiendo de la edad y el peso.
- Evitar administrar conjuntamente con medicación: hemoderivados, nutrición parenteral total, soluciones de bicarbonato y drogas vasoactivas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina, etc.)
- Los signos y síntomas de reacción anafiláctica son: picor, erupción cutánea, dificultad para respirar, edema generalizado, aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca, rubor facial, dolor de cabeza, opresión torácica, disminución de la conciencia, shock y paro cardíaco.

9.3. ADMINISTRACIÓN DE FLUIDOTERAPIA

• Definición:

Preparación y aporte de líquidos intravenosos prescritos.

• Objetivo:

Administrar líquidos intravenosos a fin de conseguir un efecto terapéutico sobre los compartimentos LIC(líquido intracelular) y LEC (líquido extracelular).

• Equipo:

- Batea.
- Bomba de perfusión (opcional)
- Soporte de suero.

• Material:

- Agujas.
- Jeringas.
- Fluidoterapia prescrita.
- Alargadera con llave de 3 pasos.
- Contenedor de material punzante.
- Material de la bomba de perfusión.
- Sistema de gotero.
- Esparadrapo.
- Apósito fijador estéril.
- Guantes estériles.
- Regulador de flujo.
- Etiquetas identificativas del medicamento.
- Solución antiséptica.
- Microgoteros.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparación de material:
  a) Realizar la mezcla de medicación con la solución IV de forma aséptica.
  b) Comprobar color y claridad de la mezcla.
  c) Etiquetar la mezcla: nombre paciente, medicación, hora de

comienzo y fin.

d) Abrir equipo de infusión en condiciones de esterilidad.

e) Quitar la cubierta protectora del equipo de infusión e insertar el extremo proximal dentro del frasco de infusión con el sistema cerrado.

f) Comprimir la cámara de goteo para que se llene de solución entre 1/3 y la mitad de su capacidad.

g) Abrir el sistema (pinza) lentamente para purgar todo el aire del sistema.

h) Conectar al extremo distal del sistema el regulador de flujo y alargadera con llave de 3 pasos.

- Trasladar el material a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración.
- Canalizar vía venosa, si no la hubiera.
- Conectar el extremo distal del equipo del catéter de forma aséptica.
- Abrir el sistema y valorar la permeabilidad del catéter.
- Ajustar el ritmo de goteo según la frecuencia de administración.
- Fijar el sistema de gotero con esparadrapo para evitar tirones.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora inicio, volumen administrado, incidencias y la respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Para perfundir líquidos con la máxima precisión se utilizará bombas de perfusión volumétricas.

9.4. ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS

• Definición:

Aporte de hemoderivados y monitorización de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

Administrar hemoderivados a fin de reponer la volemia, evitar el shock hemorrágico, aumentar la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre y reponer las plaquetas o los factores de coagulación para reponer la hemostasia.

• **Equipo:**

- Batea.
- Soporte de suero.

• **Material:**

- Hoja de tratamiento médico con el hemoderivado prescrito.
- Hemoderivado prescrito.
- Equipos de infusión para la transfusión
- Presurizador.
- Contenedor de material punzante.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Verificar las órdenes del médico y que el hemoderivado corresponde al prescrito.
- Verificar nombre y apellidos del paciente, grupo sanguíneo, Rh y número de unidades a transfundir.
- Comprobar que se han realizado las pruebas cruzadas y que existe concordancia. Comprobar todos estos datos tanto en la historia del paciente, la documentación de banco de sangre y en las propias bolsas de hemoderivados.
- Inspeccionar la sangre en busca de alteraciones, si existe cualquier anomalía llamar a banco de sangre.
- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Enseñar al paciente y familia signos y síntomas de las reacciones adversas a la transfusión.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada para la transfusión.

- Tomar constantes vitales antes de comenzar la transfusión (TA, FC, FR y temperatura corporal)
- Comprobar que la vía venosa es permeable y de un calibre adecuado para la transfusión.Canalizar nueva vía si no la hubiera o no fuera adecuada.
- La temperatura del producto a transfundir ha de ser similar a la temperatura ambiente.
- Insertar el sistema a la bolsa del hemoderivado y purgar.
- Conectar el extremo distal del sistema al catéter IV de forma aséptica y fijar con esparadrapo.
- Ajustar el ritmo de goteo y vigilar durante la transfusión. El tiempo de administración de una unidad no debe superar las 4 horas.
- Permanecer junto al paciente durante los primeros 15 minutos desde el comienzo de la transfusión, observándolo para detectar posibles reacciones transfusionales.
- Volver a tomar las constantes vitales a los 15 minutos y al final de la transfusión.
- Suspender inmediatamente la transfusión ante cualquier reacción como fiebre, escalofríos, urticaria, disnea y avisar al médico.
- Administrar suero fisiológico cuando termine la transfusión.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, tipo de hemoderivado y unidades, fecha y hora inicio,volumen administrado, incidencias y la respuesta del paciente.

• Observaciones:

- No inyectar jamás fármacos en la bolsa de sangre, sólo puede administrarse a la vez suero fisiológico. Si fuera necesario administrar alguna medicación lavar con suero fisiológico la vía antes y después de la administración del medicamento.
- Cuando se transfunde cualquier hemoderivado se ha de cambiar el sistema con cada unidad.
- Si se produce una reacción transfusional:

1. Interrumpir la transfusión.
2. Avisar al médico.
3. Valorar al paciente. Controlar sus constantes, diuresis y esfuerzo

respiratorio.

4. Retirar equipo de infusión y hemoderivado, guardar para enviar a banco de sangre más tarde.
5. Mantener una vía permeable con perfusión de suero salino fisiológico.
6. Notificar la reacción a banco de sangre.
7. Registrar todo lo ocurrido.

9.5.EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO A SEGUIR POR EL PACIENTE EN SU DOMICILIO.

• Definición:

Formación de un paciente y su familia antes del alta hospitalaria,para que tome de forma segura y eficaz los medicamentos prescritos en su domicilio.

• Objetivos:

- Enseñar al paciente y familia la autoadministración de los fármacos de forma segura y eficaz.
- Conseguir el cumplimiento del régimen terapéutico por parte del paciente.
- Evitar los efectos adversos de la medicación debidos a errores en las dosis o forma de administrar.

• Equipo:

Información escrita.

• Material:

- Informe de alta de enfermería y médico.

• Procedimiento:

- Enseñar al paciente y familia a reconocer las características propias de cada medicamento.
- Informar al paciente y familia tanto del nombre genérico del medicamento como del comercial.
- Informar al paciente y familia de la acción de cada medicamento, la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicación.
- Instruir al paciente y familia sobre la forma de administración.
- Evaluar las habilidades del paciente y familia para administrarse los

medicamentos.

- Informar al paciente y familia sobre que hacer si se salta una dosis o en que casos puede decidir alterar el horario o la dosis.
- Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender de forma brusca la medicación.
- Informar al paciente y familia sobre las interacciones de los fármacos con las comidas, sobre los posibles efectos secundarios adversos y como prevenirlos o aliviarlos.
- Enseñar al paciente y familia como debe almacenar los medicamentos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.
- Asegurarse de que el paciente y familia se va de alta con el informe de enfermería y el médico.

CAPÍTULO X

Procedimientos sobre el control de las heridas

10.1. VIGILANCIA DE LA PIEL

• Definición:

Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y membranas mucosas.

• Objetivos:

- Mantener la integridad de la piel y membranas.
- Prevenir infecciones en las heridas.
- Educar al paciente y familia en los signos y síntomas de alarma.

• Equipo:

Guía de cumplimentación de la hoja de valoración de enfermería.

• Material:

- Hoja de valoración de enfermería.
- Hoja de planificación de cuidados de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Inspeccionar el estado del sitio de la incisión o herida, si procede.
- Observar su color, calor, pulsos, textura, si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo y pérdida de la integridad de la piel, erupciones y abrasiones.
- Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- Observar si hay infecciones.
- Observar si hay excesiva humedad o sequedad en la piel.
- Vigilar color de la piel.
- Comprobar temperatura de la piel.
- Instaurar las medidas apropiadas para evitar mayor deterioro.
- Instruir al paciente y familia sobre signos de pérdida de la integridad de la piel.
- Registrar en la documentación de enfermería: valoración de la piel, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

10.2. NORMAS GENERALES EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

- **Definición:**

  Conjunto de actividades que aplica la enfermera para la estimulación de la curación de las heridas.

- **Objetivo:**

  Prevención de las complicaciones de las heridas: hemorragia, infección, dehiscencia y eventración.

- **Equipo:**
  - Carro de curas o batea.
  - Paños estériles.
  - Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

- **Material:**
  - Guantes estériles.
  - Guantes no estériles.
  - Gasas estériles.
  - Empapador.
  - Hilo de sutura.
  - Puntos aproximación adhesivos.
  - Hoja de bisturí.
  - Solución antiséptica.
  - Jabón antiséptico.
  - Suero fisiológico.
  - Agua oxigenada.
  - Apósitos estériles.
  - Vendas.
  - Bolsa para residuos.
  - Cremas, pomadas, geles, etc.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.

- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar el empapador debajo de la zona de la herida.
- Retirar el apósito.
- Retirar guantes.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos.
- Limpiar con jabón antiséptico.
- Secar con gasas estériles.
- Aplicar antiséptico, ungüento según proceda.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Aplicar apósito adecuado y fijarlo.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, características de la herida, valoración de la herida, fecha y hora y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Máxima asepsia.
- Comparar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Si se aplican pomadas desechar la primera porción de la pomada.

10.2.1. Cuidados heridas mediante técnica cura seca

• Definición:

Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

• Objetivos:

- Facilitar la cicatrización de la herida.
- Prevenir las infecciones.

- Educar al paciente y familia en las medidas de protección de la herida.

• **Equipo:**
- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

• **Material:**
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles.
- Empapador.
- Hoja de bisturí.
- Empapador.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Puntos aproximación adhesivos.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Apósitos estériles.
- Vendas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar empapador debajo de la zona a curar.
- Retirar el apósito en la dirección del vello, mojando el apósito con suero fisiológico si esta muy adherido.
- Inspeccionar el sitio de incisión o herida por si presenta enrojecimiento, inflamación, signos de dehiscencia, evisceración o exudado.

- Vigilar el proceso de curación.
- Retirar guantes.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos, desde la zona más limpia a la menos limpia.
- Secar con gasas estériles.
- Aplicar puntos de aproximación adhesivos, si procede.
- Aplicar antiséptico.
- Retirar suturas si está indicado.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Aplicar apósito adecuado y fijarlo.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de incisión.
- Enseñar al paciente y familia a cuidar la incisión incluyendo signos y síntomas de infección.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento,características de la herida, valoración de la herida, fecha y hora y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Máxima asepsia.
- Lavado de manos con antiséptico.
- Comparar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Realizar el cambio de apósito cada 24 horas o cuando esté manchado o húmedo.
- La deambulación mejora la circulación sanguínea y en consecuencia la irrigación de la herida.
- Se avisará al médico si se observan signos de infección.

10.2.2. Cuidados de heridas mediante técnica cura húmeda

• Definición:

Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida que cierra por segunda intención.

• Objetivos:

- Facilitar la cicatrización de la herida.
- Prevenir las infecciones.
- Educar al paciente y familia en las medidas de protección de la herida.

• Equipo:

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

• Material:

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Hoja de bisturí.
- Gasas estériles.
- Empapador.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Puntos aproximación adhesivos.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Cremas, pomadas, geles, apósitos hidrocoloides, etc.
- Apósitos estériles.
- Vendas.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.

- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar empapador debajo de la zona a curar.
- Retirar el apósito en la dirección del vello, mojando el apósito con suero fisiológico si esta muy adherido.
- Inspeccionar el sitio de incisión y herida por si presentará enrojecimiento, inflamación,signos de dehiscencia o evisceración o exudado.
- Vigilar el proceso de curación .
- Retirar guantes.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos, desde la zona más limpia a la menos limpia.
- Secar con gasas estériles.
- Aplicar pomada, gel, apósitos de gasa impregnados en soluciones, según proceda.
- Cubra apósito húmedo con otro seco.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Fijar con esparadrapo el apósito.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la herida durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente y familia a cuidar la herida incluyendo signos o síntomas de infección.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento,características de la herida, valoración de la herida, fecha y hora y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Máxima asepsia.
- Lavado de manos con antiséptico.

- Comparar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Realizar el cambio de apósito según indicaciones del fabricante o cuando esté manchado o húmedo.
- Utilizar apósitos de gasa, no algodón.
- Se avisará al médico si se observan signos de infección.

10.3. CONTROL Y CUIDADOS DE LOS DRENAJES QUIRÚRGICOS

• Definición:

Vigilancia y mantenimiento de un sistema de drenaje que presenta una herida.

• Objetivo:

Mantener la permeabilidad de un sistema de drenaje evitando complicaciones como las infecciones, desplazamiento o arrancamiento y dehiscencia de la sutura.

• Equipo:

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Soporte para la bolsa de drenaje.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

• Material:

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles.
- Bolsa de drenaje.
- Hoja de bisturí.
- Sistema de drenaje estéril.
- Empapador.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Apósitos estériles.
- Vendas.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
  - Colocarse guantes no estériles.
  - Colocar empapador debajo de la zona a curar.
  - Retirar el apósito en la dirección del vello, mojando el apósito con suero fisiológico si está muy adherido.
  - Valoración del drenaje: permeabilidad, color y olor del exudado.
  - Inspeccionar suturas y estado de la incisión.
  - Vaciar el sistema de drenaje. En los dispositivos tipo redón pinzar el tubo, desconectar el recipiente y medir en la copa graduada. Colocar un nuevo recipiente de recogida al cual se le ha hecho el vacío y despinzar.
  - Retirar guantes.
  - Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
  - Colocarse guantes estériles.
  - Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos, desde la zona más limpia a la menos limpia.
  - Secar con gasas estériles.
  - Aplicar antiséptico.
  - Cortar con las tijeras estériles las gasas desde la mitad de sus bordes al centro y colocarla alrededor de la salida del tubo de drenaje, fijándola a la piel (drenajes cerrados).
  - En los drenajes tipo Penrose se tapará la herida con gasas suficientes para absorber el exudado. Si es excesivo colocar bolsas colectoras.
  - Numerar los dispositivos de recogida si hubiera más de uno.
  - Fijar con esparadrapo el drenaje a las ropas del paciente o la cama.
  - Recoger el material.
  - Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
  - Retirarse los guantes.
  - Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería:procedimiento, características del exudado, fecha y hora y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Máxima asepsia.
- Lavado de manos con antiséptico.
- Realizar el cambio de apósito cada 24 horas o cuando esté manchado o húmedo.
- Se avisará al médico si se observan signos de infección.

10.4. RETIRADA DE SUTURAS QUIRÚRGICAS

• Definición:

Técnica de retirada de los puntos de sutura no reabsorbibles de la herida de un paciente.

• Objetivo:

Facilitar el proceso de curación de una herida.

• Equipo:

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Tijeras quita-agrafes.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

• Material:

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles.
- Hojas de bisturí.
- Empapador.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Apósitos estériles.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
  - Colocarse guantes no estériles.
  - Colocar empapador debajo de la zona a curar.
  - Retirar el apósito en la dirección del vello, mojando el apósito con suero fisiológico si esta muy adherido.
  - Inspeccionar suturas y estado de la incisión.
  - Retirar guantes.
  - Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
  - Colocarse guantes estériles.
  - Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos, desde la zona más limpia a la menos limpia.
  - Secar con gasas estériles.
  - Aplicar antiséptico.
  - Verificar el tipo de sutura para elegir material y procedimiento.
  - Determinar si hay que retirar todos los puntos o puntos alternos.
  - Valorar la herida, retirar los puntos a partir del 7º-10º día.
  - Valorar la retirada de puntos y cierre por segunda intención si la herida presenta signos de maceración, tensión y exudado.
  - Sujetar el punto de sutura por uno de los nudos del extremo con la pinza de disección y cortar la sutura cerca de la superficie de la piel.
  - Tirar con cuidado hasta retirarlo.
  - Si la sutura es metálica, colocar la punta del quita-agrafes debajo de la grapa.
  - Cerrar el quita-agrafes para extraer la grapa.
  - Aplicar antiséptico y dejar secar.
  - Recoger el material.
  - Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
  - Retirarse los guantes.
  - Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería:procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**
- Máxima asepsia.
- Lavado de manos con antiséptico
- Se avisará al médico si se observan signos de infección.

CAPÍTULO XI

Hemodinámica

11.1. VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL SUPERFICIAL

• Definición:

Medición de la temperatura corporal a través de un termómetro clínico.

• Objetivo:

Conocer la temperatura corporal del paciente.

• Equipo:

- Termómetro clínico.
- Bolígrafo rojo.

• Material:

- Gasas no estériles.
- Antiséptico.
- Registro de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Lavar el termómetro del desinfectante con agua fría.
- Comprobar que el termómetro clínico se encuentra en situación de medida.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.

- AXILAR:

a) Valorar la axila del paciente, secar si estuviera húmeda con toques, no frotar.

b) Colocar termómetro en la axila, indicando al paciente que ponga el brazo sobre el pecho.Si el paciente no puede mantener la posición ayudarle a sujetar el termómetro.

c) Mantener el termómetro 8-10 minutos.

d) Observaciones:

1. La solución antiséptica donde se sumerge el termómetro cambiarla cada 24 horas.
2. Si el paciente acaba de lavarse la axila, esperar 15 minutos ya que la fricción aumenta la temperatura.

- RECTAL:

a) Utilizar termómetro de bulbo redondo.

b) Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo si es adulto,si es un niño en decúbito supino.
c) Poner lubricante en una gasa y aplicarlo al bulbo del termómetro.
d) Introducir el termómetro en el recto: adulto entre 2,5 y 3,5 cm; en el niño 1,5 y 2,5 cm.
e) Mantener el termómetro 3 minutos.
f) Lavar el termómetro con agua jabonosa y aclarar con agua fría. Dejar el termómetro en el recipiente con antiséptico.
g) *Observaciones:*
1. Se puede ver alterada por enemas o supositorios. Esperar 15 minutos tras su administración.
2. Está contraindicada en pacientes con cirugía rectal, alteraciones rectales, en pacientes con Infarto agudo de miocardio (reacción vagal) y en pacientes con convulsiones (rotura del termómetro)

- Retirar y leer con el termómetro a la altura de los ojos y en posición horizontal.
- Limpiar el termómetro con agua fría y dejar en un recipiente con antiséptico. Secar.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar con bolígrafo de color rojo la temperatura y la zona de toma.

• **Observaciones:**

- Existen otros procedimientos de toma de temperatura corporal con termómetros timpánicos, digitales, etc.
- Correlación grados Celsius-Fahrenheit 37º C=98,6º F.
- La temperatura media normal:
  - Axilar: 36-37º C.
  - Bucal: 0,5º C mayor que la axilar.
  - Rectal: 1º C más que la axilar.

Febrícula: entre 37º y 38 º C.
Fiebre moderada: entre 38º y 39 º C.
Fiebre alta: entre 39º y 40º C.
Hipertermia: más de 40º C.

11.2. VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA

• Definición:

Medición de la frecuencia cardiaca a través del pulso en las arterias.

• Objetivos:

- Valorar frecuencia, ritmo y volumen de pulso.
- Valorar flujo sanguíneo en una zona determinada.

• Equipo:

- Reloj con segundero.
- Fonendoscopio.
- Bolígrafo azul.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Asegurarse antes de la medición de la frecuencia cardiaca que el paciente no ha realizado actividad física o emocional importante. Si es así dejar en reposo 5-10 minutos antes de medir.
- Elegir el lugar o arteria para la medición: radial, apical, femoral u otros pulsos periféricos.
- Si la toma es de pulso apical: colocar fonendoscopio sobre ápice cardíaco: 5º espacio intercostal izquierdo y línea clavicular media (adultos), 4º espacio intercostal izquierdo y línea clavicular media (niños hasta 4 años).
- Si es por palpación de una arteria, apoyar los dedos 2º y 3º (índice y medio) sobre la arteria elegida (preferentemente la radial), haciendo una ligera presión.
- Contar las pulsaciones durante un minuto.
- Registrar en la documentación de enfermería: nº pulsaciones,ritmo, intensidad y la hora.

• **Observaciones:**

- Si existe alguna alteración importante en la primera toma, buscar otra arteria y comparar si son simétricos y de igual frecuencia cardiaca.
- El pulso apical ofrece una valoración más precisa de la frecuencia cardiaca y el ritmo.
- No utilizar el dedo pulgar en la medición, pues posee latido propio.

Características a valorar:

1. Frecuencia cardiaca: nº latidos cardíacos que se producen en un minuto.
   Valores normales:
   Recién nacido: 120±30 Adolescente: 80±20
   Preescolar: 100±20 Mayores de 14 años: 80±20
   Escolar : 90±20
2. Ritmo: el intervalo de tiempo entre cada latido debe ser el mismo.
3. Si la frecuencia es menor de los normal se denomina bradicardia y si es mayor taquicardia.
4. Cualidad o amplitud: intensidad o fuerza con que apreciamos el pulso.

11.3. VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

• **Definición:**

Medición del nº de respiraciones por minuto, así como las características de las mismas.

• **Objetivos:**

- Determinar el nº de respiraciones por minuto y la calidad de los movimientos respiratorios.
- Detectar alteraciones del ritmo de la respiración.

• **Equipo:**

- Fonendoscopio.
- Reloj con segundero.
- Bolígrafo negro.

• **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición cómoda y correcta.
- Comprobar que no haya realizado ejercicio físico o emocional previo.
- Observar y contar las elevaciones del tórax y abdomen del paciente durante 1 min. Si no se pueden observar los movimientos torácicos poner la mano sobre tórax o abdomen y contabilizar la frecuencia.
- Observar la regularidad, tipo y características de las respiraciones.
- Registrar en la documentación de enfermería: nº respiraciones, fecha y hora y las características de las respiraciones.

• **Observaciones:**

- Para auscultar los ruidos respiratorios colocar el fonendoscopio en diversos lugares del tórax y pedirle al paciente que realice los movimientos respiratorios.

Características a valorar:

1. Frecuencia respiratoria: nº de respiraciones por minuto.
   Valores normales (eupnea):
   Recién nacido: 40±10 — Preescolar: 20±5
   Lactante pequeño: 40±10 — Escolar: 20±3
   Lactante grande: 30±10 — Adolescente y adulto: 15±3
2. Profundidad.
3. Ritmo.
4. Carácter: sibilante, ruidos, etc.

- Se denomina bradipnea a una frecuencia respiratoria inferior a lo normal y taquipnea si es superior.

11.4. VALORACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

• **Definición:**

Medición de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica.

• Objetivo:

Obtener con un método no invasivo o indirecto la medición de la tensión arterial producida por el paso de la sangre a través de una arteria.

• Equipo:

- Fonendoscopio y esfingomanómetro
- Bolígrafo verde.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Revisar el perfecto funcionamiento del equipo.
- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente sentado o en decúbito supino.
- Asegurarse que el paciente está a reposo al menos 10 minutos antes de la toma de tensión arterial.
- Desvestir la parte superior del brazo del paciente, asegurándose de que no comprima la ropa, apoyado en una superficie lisa y con la fosa antecubital a nivel del corazón.
- Colocar el manguito del esfingomanómetro 2 cm por encima de la fosa antecubital y rodear uniformemente el brazo.
- Palpar arteria braquial y colocar el fonendoscopio encima.
- Cerrar con la otra mano la válvula de la perilla.
- Inflar el manguito hasta que el esfingomanómetro marque 20-30 mmHg por encima de la tensión arterial habitual del paciente.
- Abrir la válvula de salida de aire lentamente. Hacerlo observando la escala para detectar el lugar en el que se escucha el primer sonido o presión sistólica o máxima que gradualmente aumenta de tono e intensidad y se modifica progresivamente hasta que desaparece (presión diastólica o mínima).
- El siguiente sonido menos intenso es la 2ª cifra o presión diastólica.
- Continuar disminuyendo la presión del manguito hasta que no se escuchen ruidos 3ª cifra o 2ª presión diastólica.
- Retirar el manguito y fonendoscopio.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería las cifras obtenidas, fecha y hora de la toma.
- Si los valores están fuera de la normalidad, actuar según prescripción facultativa o avisar al médico.

• **Observaciones:**

- Revisión del tensiómetro cada 6 meses o cuando se precise, por la supervisora.
- Si se duda de alguna cifra obtenida, esperar 2 minutos y volver a realizar medición.
- El tamaño del esfingomanómetro ha de ser de ancho dos tercios del brazo y de largo el perímetro del brazo más un 20%. Han de ser los apropiados según peso y edad.
- No tomar la presión arterial en el brazo de una paciente mastectomizada, con fístula arterio-venosa o amputación, tampoco en el brazo que soporta fluidoterapia.
- Si se realiza la medición MMII colocar el fonendoscopio en el hueco poplíteo.
- La OMS establece: HTA si TAS>140 mmHg y TAD>100 mmHg
  HipoTA si TAS<100 mmHg

CAPÍTULO XII

Guías de actuación de Enfermería ante determinadas situaciones clínicas

12.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HIPOTERMIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera de calentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central se encuentra por debajo de 35º C.

• Objetivo:

Aplicar medios físicos y administrar medicación para conseguir que la temperatura del paciente aumente hasta su valor normal.

• Equipo:

- Termómetro clínico.
- Manta.
- Manta eléctrica.
- Ropa de cama.
- Bolsa de agua caliente.
- Foco de calor.

• Material:

- Bebidas calientes.
- Compresas.
- Medicación prescrita.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Retirar al paciente del frío y colocarlo en ambiente cálido. Si es necesario aumentar la temperatura ambiente.
- Mantener la ropa de la cama del paciente limpia y seca al igual que los apósitos, vendajes o pañales que pudiera llevar.
- Monitorizar la temperatura del paciente.
- Valorar la presencia de síntomas asociados a la hipotermia como fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, escalofríos, cianosis, etc.
- Valorar el nivel de conciencia.

- Valorar la termorregulación del paciente .
- Determinar los factores que condujeron al episodio hipotérmico.
- Aplicar medios físicos: manta, manta eléctrica, foco calor, compresas calientes, bolsa de agua caliente.
- Mantener una adecuada ingesta de líquidos para evitar deshidratación y, por lo tanto, pérdida de calor. Proporcionar bebidas calientes que no contengan cafeína.
- Administrar la medicación prescrita, que puede ser infundir líquidos intravenosos a una temperatura de 37-40 grados.
- Vigilar la piel y extremar las medidas de prevención de las úlceras por presión.
- Controlar la temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y la diuresis con la frecuencia que valore la enfermera.
- Recoger el material.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la termorregulación, procedimientos realizados, fecha y hora, constantes, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Los medios físicos no aplicarlos directamente sobre la piel; poner ropa de cama entre éstos y el paciente.
- Vigilar tiempo de exposición a los medios físicos para evitar quemaduras.

12.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON FIEBRE

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente con fiebre causada por factores no ambientales.

• Objetivo:

Aplicar medios físicos y administrar medicación para conseguir que la temperatura del paciente disminuya hasta su valor normal.

• Equipo:

- Termómetro clínico.
- Palangana.
- Batea.

- Ropa de cama.
- Bolsa de hielo.

• Material:

- Bebidas frías.
- Compresas.
- Hielo.
- Pañales.
- Medicación prescrita.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Tomar la temperatura al paciente y confirmar la fiebre.
- Destapar al paciente y cubrirlo con una sábana.
- Mantener la ropa de la cama del paciente limpia y seca al igual que los apósitos, vendajes o pañales que pudiera llevar.
- Monitorizar la temperatura del paciente.
- Valorar la termorregulación del paciente.
- Aplicar medios físicos: compresas frías en axilas, ingles, huecos poplíteos, baño con esponja, bolsa de hielo.
- Mantener una adecuada ingesta de líquidos bajos en hidratos de carbono.
- Administrar la medicación antipirética prescrita.
- Controlar la temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, diuresis y nivel de conciencia con la frecuencia que valore la enfermera.
- Recoger el material.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la termorregulación, procedimientos realizados, fecha y hora, constantes, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Los medios físicos no aplicarlos directamente sobre la piel, poner ropa de cama entre éstos y el paciente. Las bolsas de hielo no

administrarlas más de 30 minutos.

- En pacientes pediátricos la hipertermia puede producir convulsiones. Evitar también los descensos bruscos de temperatura pues producen el mismo efecto.

12.3. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CONVULSIONES

• Definición:

Cuidados de enfermería ante el paciente con un ataque convulsivo y durante el estado postictial.

• Objetivos:

- Controlar la actividad convulsiva del paciente.
- Prevenir la aparición de lesiones secundarias a las convulsiones.

• Equipo:

- Almohadas.
- Batea.
- Soporte de gotero.
- Equipo necesario para el procedimiento Técnica de Inserción de Catéteres Periféricos.
- Equipo necesario para el procedimiento Aspiración de Secreciones.

• Material:

- Tubo de Guedel del tamaño adecuado.
- Gasas y compresas.
- Guantes no estériles y estériles.
- Jeringas.
- Agujas intravenosas.
- Fármacos específicos.
- Material necesario para el procedimiento aspiración de secreciones.
- Material necesario para el procedimiento técnica de inserción de catéteres periféricos.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Solicitar ayuda y avisar al médico.
- Permanecer con el paciente durante la crisis.
- Preservar la intimidad del paciente, si es posible.
- Retirar muebles y objetos de alrededor del paciente para evitar

lesiones.
- Proteger la cabeza con almohada.
- Si el paciente está de pie o sentado en el momento de la crisis, colocarlo en el suelo.
- Si el paciente está en la cama colocar las barandillas y la cama en posición horizontal.
- Colocar tubo de Guedel:
  1. Retirar prótesis dentales si las hubiera.
  2. Seleccionar tamaño del tubo de Guedel adecuado.
  3. Mantener en hiperextensión la cabeza del paciente.
  4. Introducir la cánula en la boca con la concavidad en el paladar.
  5. Deslizar la cánula por el paladar hasta introducir la mitad.
  6. Girar 180º mientras se avanza hacia la faringe.
  7.Aspirar secreciones, si precisa.
- Aflojar la ropa.
- Vigilar la dirección de la cabeza y ojos durante el ataque.
- Colocar al paciente en decúbito lateral, si es posible con la cabeza ligeramente flexionada hacia delante para facilitar la expulsión del vómito si lo hubiera.
- Canalizar una vía intravenosa.
- Administrar los anticonvulsivos que prescriba el médico y otras medicaciones.
- Vigilar signos vitales.
- Reorientar después de la crisis, proporcionando un entorno tranquilo y seguro.
- Registrar en la documentación de enfermería: cómo y cuando empezó la crisis, duración, partes corporales implicadas, actividad motora, conducta postcrisis, si ha habido incontinencia, vómitos, si la crisis ha ido precedida de pródromos.

• Observaciones:

Cuando acaba una crisis epiléptica puede ser necesario hacer una limpieza de boca para eliminar restos de comida o mucosidad y evitar una aspiración si el nivel de conciencia está deprimido.

12.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DOLOR

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente que presenta dolor.

- **Objetivos:**
  - Aliviar o disminuir el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
  - Controlar al máximo posible el dolor que siente el paciente.
  - Enseñar al paciente y su familia a controlar el dolor.

- **Equipo:**
  Escalas de valoración del dolor: analógica visual y la pediátrica.

- **Material:**
  - Medicación prescrita.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar una valoración exhaustiva del dolor.
  - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
  - Adecuar posición antiálgica para favorecer el confort del paciente.
  - Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
  - Valorar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
  - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, relaciones, trabajo, etc.).
  - Evaluar con el paciente y familia la eficacia de las medidas anteriores de control del dolor.
  - Proporcionar información acerca del dolor, tales como las causas, tiempo que durará y cómo controlarlo.
  - Evaluar la capacidad del paciente y familia para controlar su dolor.
  - Controlar los factores ambientales que puedan aumentar las molestias del paciente (temperatura de la habitación, ruidos, luz, etc.).
  - Administrar la medicación prescrita para el dolor y evaluar su efecto analgésico.
  - Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia.
  - Administrar analgésicos complementarios cuando precise el paciente.
  - Instruir al paciente y familia para que solicite la medicación adicional para el dolor antes de que sea severo.
  - Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miem-

bros de la familia sobre los analgésicos, sobre todo los opiáceos.
- Instruir al paciente y familia que recibe narcóticos que produce somnolencia durante 2-3 días, pero esta somnolencia luego remite.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares tras la administración, especialmente en las dosis iniciales y observar también si hay señales de efectos adversos como depresión respiratoria, náuseas y vómitos, estreñimiento y sequedad de boca.
- Evaluar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- Llevar a cabo acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos como el estreñimiento o la irritación gástrica.
- Enseñar al paciente y familia el uso de técnicas no farmacológicas de alivio del dolor como: estimulación nerviosa transcutánea, relajación muscular progresiva, terapia musical, distracción, acupresión, masajes, aplicación de frío o calor.
- Administrar la medicación adicional al paciente antes de una actividad que le va a provocar dolor.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Fomentar periodos de descanso adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Avisar al médico si las medidas analgésicas no tienen éxito o si el dolor actual ha experimentado un cambio significativo en cuanto a experiencias pasadas de dolor.
- Registrar en la documentación de enfermería: los resultados de la valoración objetiva y subjetiva del dolor así como la respuesta del paciente a las medidas tomadas para el alivio del dolor.

12.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPOGLUCEMIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.

• Objetivos:

- Mantener los niveles de glucosa en sangre del paciente dentro de límites normales o aceptables.
- Enseñar al paciente y familia a identificar los signos y síntomas precoces de la hipoglucemia.

- **Equipo:**
  - Batea.
  - Contenedor de objetos punzantes.
  - Equipo necesario para la realización de la Glucemia Basal.
  - Equipo necesario para la realización de la Administración Medicación Intravenosa.
  - Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.

- **Material:**
  - Material necesario para el procedimiento de la realización Glucemia basal.
  - Material necesario para la Administración de Medicación Intravenosa.
  - Material necesario para la Técnica de inserción Catéter Periférico.
  - Suero glucosado.
  - Azúcar, bebidas dulces, etc.
  - Ampollas de glucosa intravenosa
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Valorar si el paciente tiene alto riesgo de presentar una hipoglucemia: pacientes con vómitos, diarreas, diabéticos, etc.
  - Determinar la presencia en el paciente de signos y síntomas de hipoglucemia: palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla con mala articulación, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño,ataques convulsivos,debilidad, ansiedad, irritabilidad, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, y cambios de conducta.
  - Determinar los niveles de glucosa en sangre.
  - Si se confirma la hipoglucemia administrar carbohidratos simples.
  - Avisar al médico.
  - Si la hipoglucemia no remonta canalizar vía periférica si el paciente no tiene y administrar suero glucosado intravenoso según prescripción médica.
  - Monitorizar los niveles de glucosa hasta su normalización según cri-

terio de la enfermera y médico.
- Examinar sucesos anteriores de hipoglucemia para determinar la causa.
- Enseñar al paciente y familia los signos o síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Pedirle al paciente que orine, si no puede valorar la necesidad de sondaje
- Recoger el material.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

12.6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPERGLUCEMIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

• Objetivos:

- Mantener los niveles de glucosa en sangre del paciente dentro de límites normales o aceptables.
- Enseñar al paciente y familia a identificar los signos y síntomas precoces de la hiperglucemia.

• Equipo:

- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Equipo necesario para la realización de la Glucemia Basal.
- Equipo necesario para la realización de la Administración de Medicación Intravenosa.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.

• Material:

- Material necesario para el procedimiento de la realización Glucemia basal.
- Material necesario para la Administración de Medicación Intravenosa.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Determinar los niveles de glucosa en sangre.
- Observar si el paciente presenta signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina si esta prescrito. Indicar al paciente que orine en un frasco, introducir la tira reactiva en la orina del paciente, esperar para su lectura lo que indique el fabricante y proceder a la lectura e interpretación del resultado.
- Administrar insulina subcutánea prescrita.
- Avisar al médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de la hiperglucemia.
- Mantener vía venosa, canalizar vía periférica si el paciente no tiene.
- Monitorizar los niveles de glucosa hasta su normalización, a criterio de la enfermera o según prescripción facultativa.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Enseñar al paciente y familia los signos o síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hiperglucemia.
- Realizar seguimiento y monitorización de la dieta y régimen terapéutico del paciente.
- Recoger el material.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

12.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO INESPECÍFICO

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera de forma inmediata al paciente que presenta dolor torácico inespecífico.

• **Objetivos:**

- Aliviar el dolor que presenta el paciente.

- Disminuir la ansiedad del paciente y familia.

• **Equipo:**
- Electrocardiógrafo.
- Equipo necesario para Oxígenoterapia, si procede.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• **Material:**
- Guantes no estériles.
- Medicación específica.
- Material necesario para Oxigenoterapia, si procede.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**
- Valorar las características del dolor y los síntomas que le acompañan.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o la que se encuentre el paciente más cómoda.
- Obtener electrocardiograma.
- Avisar al médico.
- Tranquilizar al paciente y familia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Tomar la frecuencia cardiaca y presión arterial.
- Administrar oxígeno en gafas a 2-3 litros por minuto, si existe dificultad respiratoria.
- Valorar la necesidad de vía venosa.
- Informar en todo momento al paciente y familia de los procedimientos que se realizan a fin de aliviar la ansiedad.
- Pedir al paciente que nos informe de cualquier cambio en el dolor o síntomas que presente.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**
- Ante cualquier dolor torácico o epigástrico agudo cabe la posibilidad de la existencia o de un infarto agudo de miocardio o una angina de pecho.

- En caso de situación crítica y si el médico así lo decide, preparar el traslado a UCI según el procedimiento 1.3.

12.8.CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA AGUDA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para la disminución o eliminación de una pérdida rápida y excesiva de sangre.

• Objetivos:

- Proporcionar de forma urgente la atención necesaria para detener la hemorragia.
- Disminuir la ansiedad del paciente y familia.

• Equipo:

- Presurizador.
- Equipo necesario para Oxígenoterapia.
- Equipo necesario para el Sondaje Vesical.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Equipo necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Equipo necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Compresas y gasas estériles.
- Medicación específica.
- Material necesario para Oxigenoterapia.
- Material necesario para el Sondaje Vesical.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Material necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Valorar estado general del enfermo: coloración de piel y mucosas, características de la piel.
- Colocar al paciente en la cama en posición adecuada a su situación.

- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Tranquilizar al paciente y familia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Observar cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Observar si hay hemorragia en membranas mucosas, hematoma tras un trauma mínimo, presencia de petequias.
- Identificar causa de la hemorragia.
- Colocarse guantes desechables
- Comprimir el punto de sangrado si es externo.
- Tomar la FC, FR y TA .
- Administrar oxígeno en gafas a 2-3 litros por minuto.
- Mantener 1-2 vías venosas gruesas, canalizar vía periférica si el paciente no tiene.
- Extraer sangre venosa para analítica, hemograma, estudio de coagulación y pruebas cruzadas , si prescripción médica.
- Perfundir el suero prescrito por el médico en espera de transfusión, si precisa.
- Preparar medicación de urgencia en espera de las órdenes médicas.
- Informar en todo momento al paciente y familia de los procedimientos que se realizan a fin de aliviar la ansiedad.
- Realizar sondaje vesical.
- Si se decide intervenir al paciente,preparar el traslado según el procedimiento 13.
- Ante parada cardiorrespiratoria actuar según el procedimiento 12.9.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias, localización de la hemorragia, cantidad, balance hídrico, constantes, medicación administrada y respuesta del paciente.

12.9. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA

• Definición:

Conjunto de maniobras protocolizadas encaminadas a revertir la situación de parada cardiorrespiratoria, sustituyendo e intentando reanudar la respiración y circulación espontánea.

- **Objetivos:**
  - Proporcionar de forma urgente la atención necesaria para recuperar las funciones cerebrales de forma completa del paciente.
  - Mantener el soporte vital del paciente.
  - Disminuir la ansiedad de la familia.

- **Equipo:**
  - Carro de parada.
  - Equipo necesario para Oxígenoterapia.
  - Equipo necesario para la Aspiración de Secreciones.
  - Equipo necesario para la Realización de Electrocardiograma.
  - Equipo necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
  - Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
  - Equipo necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa y Arterial.
  - Esfingomanómetro.
  - Fonendoscopio.
  - Tabla de parada.
  - Desfibrilador.

- **Material:**
  - Guantes no estériles.
  - Compresas y gasas estériles.
  - Medicación específica.
  - Material necesario para Oxigenoterapia.
  - Material necesario para la Aspiración de Secreciones.
  - Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
  - Material necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa y Arterial.
  - Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Valorar la situación y estado del paciente:si el paciente respira colocarlo en posición lateral de seguridad (ver figura 1).
  - Si el paciente no respirar: confirmar que el paciente está en situación de parada cardio-respiratoria:
    1. Valorar estado de consciencia: sacudir suavemente al paciente preguntándole en voz alta ¿Cómo se encuentra?
    2. Valorar la ventilación: acercar la cara a la boca del paciente,

observando si hay movimientos torácicos y si se nota la salida de aire por la nariz o boca, durante no más de 10 segundos.

3. Valorar la circulación: buscar la presencia de pulso carotídeo (localizarlo con dos dedos lateralmente a la altura de la nuez). En niños se palpará la arteria braquial, no debe durar esta comprobación más de 10 segundos.

- Fijarse en la hora de inicio de la parada.
- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Trasladar carro de parada junto al paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino sobre la tabla de parada.
- Monitorizar al paciente si se dispone de monitor.
- Dar un golpe precordial sobre el esternón, si está indicado.
- Permeabilizar la vía aérea:
  1. Limpiar boca de secreciones, alimentos, prótesis dentales, etc.
  2. Elevar manualmente la mandíbula e inclinar la frente hacia atrás (maniobra frente-mentón). Si se sospecha lesión cervical elevar la mandíbula sin movilizar el cuello.

- Ventilar al paciente:
  1. Conectar ambú a la fuente de oxígeno.
  2. Realizar dos insuflaciones seguidas (deben durar dos segundos cada una).

- Iniciar masaje cardíaco externo si no hay pulso:
  1. Localizar el punto de compresión: 2 traveses de dedo por encima del apófisis xifoides.
  2. Colocar la base de la mano en ese punto y la base de la otra mano encima. Con los dedos entrelazados sin que estén en contacto con el tórax.
  3. Mantener los brazos perpendiculares al punto de compresión y cargar el peso del cuerpo sobre ellos sin flexionar los codos.
  4. La compresión deprimirá el esternón 4-5 cm (un tercio del diámetro anteroposterior) y el ritmo será de 100 compresiones por minuto como mínimo. La compresión y descompresión deben tener la misma duración.

- Sincronizar el masaje cardíaco con la ventilación: cada 2 insuflaciones 15 compresiones independientemente de uno o dos reanima-

dores.Al cuarto ciclo comprobar pulso carotídeo.

- Si se dispone de desfibrilador y el médico lo indica: seleccionar el voltaje indicado, aplicar pasta conductora a las palas para realizar la desfibrilación, e indicar a todo el personal que se aparte de la cama del paciente. Una de las palas se coloca en la parte superior derecha del esternón (2º espacio intercostal derecho) y el otro a nivel del ápex cardíaco (generalmente a la izquierda del pezón izquierdo) 5º-6º espacio intercostal línea media axilar izquierda.
- Canalizar y mantener 1-2 vías venosas gruesas.
- Administrar fluidos y fármacos prescritos por el médico.
- Preparar material y ayudar al médico en la intubación endotraqueal si lo indica.
- Interrumpir las maniobras de resucitación cuando el médico lo ordene.
- Preparar todo lo necesario para el traslado a UCI, si precisa.
- Recoger el material utilizado y limpiarlo.
- Reponer el material, utilizado del carro de paradas, dejándolo preparado para volver a utilizar cuando se precise.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora de inicio de las maniobras de resucitación y duración, medicación administrada, procedimientos realizados, hora de traslado a UCI, incidencias, constantes.

• Observaciones:

Este procedimiento por su grado de complejidad requiere adaptarse a cada uno de los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana.Las recomendaciones que se hacen en este procedimiento se basan en las últimas recomendaciones publicadas por el European Resucitation Council del año 2000. [27,28,29]

Consideraciones en pediatría:

1. Punto de compresión para el masaje:
   - Lactantes: 1 dedo por debajo de la línea intermamaria, utilizar los dedos medio y anular de la mano.
   - Niños pequeños: igual que el adulto pero sólo utilizar la base de una mano.
   - Niños > de 8 años: igual que adulto.
2. Frecuencia de compresión:
   - Lactantes: 100-120 compresiones/minuto.
   - Niños: 100 compresiones/minuto.

3. Profundidad de la compresión.
   - Lactantes: un tercio del diámetro anteroposterior.
   - Niños: un tercio del diámetro anteroposterior.
4. Volumen de ventilación:
   La ventilación se debe realizar con extremo cuidado para evitar el barotrauma. Se insuflará hasta ver elevarse el tórax.
5. Frecuencia de ventilación:
   - Lactantes: 20-25/minuto.
   - Niños: 15-20/minuto.

Consideraciones en la embarazada:

La RCP en la mujer gestante tiene la misma secuencia que una RCP en una mujer no gestante.Las diferencias estriban en la posición correcta de la embarazada, modo de desobstrucción de la vía aérea y localización del punto de compresión torácico.[30]

POSICIÓN: Decúbito supino sobre una superficie plana y dura proceder a desplazar el útero hacia la izquierda. Se colocará una cuña bajo el flanco de la cadera derecha aprox. 15-30º. También puede hacer de cuña los muslos del segundo reanimador. Si existe sospecha de lesión vertebral, desplazar manualmente el útero hacia la izquierda, empujando el abdomen con las manos.

VÍA AÉREA: en caso de obstrucción de la vía aérea NO está indicada la maniobra de Heimlich, se procederá a realizar 6 compresiones torácicas en la zona media del esternón, separadas de unos 2 segundos entre sí.

VENTILACIONES: la gestante tiene mayor riesgo de reflujo gastroesofágico y en consecuencia de broncoaspiración.

COMPRESIONES: Iniciar el masaje cardíaco en el tórax, deprimiendo este de 2-5 cm a razón de 80 veces por minuto. La secuencia será de 15:2 independientemente de 1 ó 2 reanimadores.

Figura 1: soporte vital básico en el adulto.*Adaptación de Handley A.J.,Monsieurs K.G.y Bossaert L.L.Recomendaciones 2000 del European Resucitation Council para el soporte vital básico en adultos. Med Intensiva 2001;25:344-350.

12.10. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE EN ESTADO DE SHOCK

- **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminadas a recuperar las funciones vitales del paciente.

- **Objetivos:**
  - Mantener el soporte vital del paciente.
  - Disminuir la ansiedad de la familia.

- **Equipo:**
  - Carro de parada.

- Equipo necesario para Oxígenoterapia.
- Equipo necesario para el Sondaje Vesical.
- Equipo necesario para la Realización de Electrocardiograma.
- Equipo necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Equipo necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Medicación específica.
- Suero fisiológico.
- Material necesario para Oxigenoterapia.
- Material necesario para el Sondaje Vesical.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Material necesario para la Realización de Electrocardiograma.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Material necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar estado del paciente: frecuencia cardiaca, tensión arterial, sudoración, temperatura, palidez, ansiedad, agitación, estado de conciencia.
- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Trasladar carro de parada junto al paciente.
- Colocarse los guantes desechables.
- Administrar oxígenoterapia suficiente para disminuir la hipoxemia
- Canalizar 1-2 vías venosas gruesas y mantenerlas con suero fisiológico.
- Extraer sangre venosa para cursar estudio de coagulación, hematología, pruebas cruzadas y bioquímica, según indicación médica.
- Administrar fluidos y fármacos prescritos por el médico.
- Vigilar y monitorizar las constantes vitales.
- Elevar miembros inferiores si el estado del paciente lo permite, posición de Trendelemburg.
- Realizar sondaje vesical.
- Realizar el balance hídrico.

- Si se produce parada cardio-respiratoria iniciar maniobras de resucitación.
- Preparar todo lo necesario para el traslado a UCI, si precisa.
- Recoger el material utilizado y limpiarlo.
- Retirarse los guantes.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora de inicio y duración, medicación administrada, procedimientos realizados, hora de traslado a UCI, incidencias, constantes.

12.11. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE PRESENTA UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA AGUDA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminadas a recuperar las funciones vitales del paciente.

• Objetivos:

- Mantener el soporte vital del paciente.
- Proporcionar al paciente los cuidados necesarios para resolver la reacción anafiláctica aguda de forma rápida y eficaz.
- Disminuir la ansiedad del paciente y la familia.

• Equipo:

- Carro de parada.
- Equipo necesario para Oxígenoterapia.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Equipo necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Medicación específica.
- Suero fisiológico.
- Material necesario para Oxigenoterapia.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Pedir ayuda y avisar al médico.
  - Suspender toda la terapia en curso.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Trasladar carro de parada junto al paciente.
  - Colocarse los guantes desechables.
  - Colocar al paciente en decúbito supino y aflojarle la ropa que le comprime. Si existe hipotensión colocar al paciente en posición de Trendelemburg.
  - Vigilar y monitorizar las constantes vitales.
  - Mantener permeable la vía aérea.
  - Administrar oxígenoterapia suficiente para disminuir la hipoxemia
  - Mantener 1-2 vías venosas gruesas, canalizar vía periférica si el paciente no tiene y mantenerlas con suero fisiológico.
  - Administrar fluidos y fármacos prescritos por el médico. Tener preparados adrenalina, corticoides y antihistamínicos, esperar para su administración a la orden del médico.
  - Si se produce parada cardio-respiratoria iniciar maniobras de resucitación.
  - Preparar todo lo necesario para el traslado a UCI, si precisa.
  - Recoger el material utilizado y limpiarlo.
  - Retirarse los guantes.
  - Registrar en la documentación de enfermería: hora de inicio y duración, medicación administrada, procedimientos realizados, hora de traslado a UCI, incidencias, constantes.

- **Observaciones:**

Tras la resolución de la reacción anafiláctica es muy importante identificar el agente causal. Tras su identificación se debe informar al paciente, indicándole la importancia de evitarlo y de llevar siempre encima la información médica referida a la sensibilidad anafiláctica.

CAPÍTULO XIII

Procedimientos de recogida de muestras

13.1. MUESTRAS SANGUÍNEAS

13.1.1. Obtención de una muestra de sangre venosa para analítica

• Definición:

Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.

• Objetivo:

Obtener la cantidad suficiente de sangre para las determinaciones analíticas solicitadas.

• Equipo:

- Batea.
- Compresor.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- Tubos necesarios según la petición de analítica.
- Etiquetas identificativas.
- Método con jeringa: 1 jeringa de 5-10-20 ml y 1 aguja intravenosa.
- Método sistema de vacío:1 aguja estéril doble bisel y 1 soporte para las agujas.
- Impreso de petición de analítica.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Comprobar las determinaciones analíticas que se solicitan para ver la cantidad de sangre necesaria según los tubos.
- Rotular los tubos con los datos del paciente o colocar etiqueta identificativa.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Comprobar las condiciones necesarias antes de la toma de muestra sanguínea, según las normas de laboratorio (ayunas, picos máximos y mínimos del fármaco).
- Preservar la intimidad del paciente.

- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración y que permanezca quieto durante la venopunción.
- Colocar al paciente en decúbito supino y con el brazo en hiperextensión.
- Seleccionar la vena para la venopunción teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, comodidad para el paciente, edad y el estado de las venas.
- Desinfectar la zona con antiséptico con movimientos circulares, comenzando en el punto de venopunción y hacia fuera.
- Dejar secar la piel.
- Colocar el compresor unos 10-15 cm por encima del sitio de venopunción.
- Colocarse los guantes estériles.

- Método con jeringa:

1. Colocar la aguja intravenosa en la jeringa.
2. Fijar la vena con el pulgar.
3. Introducir la aguja con una inclinación de 20-30º en la dirección al retorno sanguíneo venoso.
4. Observar si se produce retorno venoso en la aguja.
5. Con la mano no dominante estabilizar la jeringa y aguja y tirar del émbolo con la mano dominante para extraer la sangre necesaria.
6. Aspirar suavemente para evitar hemólisis y colapso de las venas.

- Método de sistema de vacío:

1. Colocar la aguja en el soporte de vacío.
2. Encajar tubo en el soporte sin perforar el tubo.
3. Introducir aguja en la vena con un ángulo de 20-30º.
4. Estabilizar la aguja y el adaptador con una mano, con el pulgar en la parte inferior del tubo y los dedos índice y medio en las aletas del adaptador. Presionar con el pulgar y el dedo índice para que se perfore el tubo.
5. Comprobar que fluye la sangre por el tubo.
6. Llenar los tubos necesarios.
7. Retirar el último tubo del adaptador.

- Retirar el compresor y la aguja.
- Presionar sobre la zona de punción hasta que finalice el sangrado.

- Desechar aguja y material punzante en el contenedor.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Enviar las muestras al laboratorio con el impreso de laboratorio.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Técnica aséptica.
- Llenar los tubos con la cantidad de sangre necesaria: primero los tubos de muestras coagulables y después los tubos con anticoagulante hasta consumir todo el vacío. Una vez llenos invertir varias veces los tubos para que la sangre y anticoagulante se mezclen.
- Si el paciente está con fluidoterapia es preferible elegir el brazo opuesto.
- No puncionar en las fístulas arteriovenosas ni en brazos de mujeres con mastectomías pues tienen comprometido el retorno venoso.
- Si el paciente está anticoagulado aumentar el tiempo de presión.

13.1.2. Obtención de una muestra de sangre venosa para hemocultivos

• Definición:

Extracción de una o varias muestras sanguíneas venosas de una vena sin canalizar.

• Objetivo:

Obtener la cantidad suficiente de sangre para los hemocultivos y así poder determinar el microorganismo responsable del proceso infeccioso.

• Equipo:

- Batea.
- Compresor.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Gasas estériles.
- Guantes estériles.

- Solución antiséptica.
- Tubos necesarios según la petición de analítica.
- Etiquetas identificativas.
- Método con jeringa: 1 jeringa de 5-10-20 ml y 1 aguja intravenosa.
- Frascos de hemocultivos aerobios y anaerobios.
- Impreso de petición de hemocultivos.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos con antiséptico.
- Rotular los frascos con los datos del paciente o colocar etiqueta identificativa.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración y que permanezca quieto durante la venopunción.
- Colocar al paciente en una posición adecuada, decúbito supino y con el brazo en hiperextensión.
- Seleccionar la vena para la venopunción teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, comodidad para el paciente, edad y el estado de las venas.
- Desinfectar la zona con antiséptico con movimientos circulares, comenzando en el punto de venopunción y hacia fuera.
- Dejar secar.
- Colocar el compresor unos 10-15 c.c. por encima del sitio de venopunción.
- Colocarse los guantes estériles.
- Colocar la aguja intravenosa en la jeringa.
- Fijar la vena con el pulgar.
- Introducir la aguja de 20-30º en la dirección al retorno sanguíneo venoso.
- Observar si se produce retorno venoso en la aguja.
- Con la mano no dominante estabilizar la jeringa y aguja y tirar del émbolo con la mano dominante para extraer la sangre necesaria unos 20 c.c.
- Aspirar suavemente para evitar hemólisis y colapso de las venas.
- Retirar el compresor y la aguja.
- Introducir 10 c.c. de sangre en el frasco de anaerobios y los otros

10 c.c. en el de aerobios.
- Presionar sobre la zona de punción hasta que finalice el sangrado.
- Realizar 2-3 extracciones de 20 c.c. más, según prescripción médica, a intervalos de 30 minutos o según protocolo del servicio de bacteriología.
- Desechar aguja y material punzante en el contenedor.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Enviar las muestras al laboratorio con el impreso de laboratorio. Si se va a demorar el envío mantener los frascos a temperatura ambiente, nunca en el frigorífico.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, temperatura del paciente en el momento de extracción del primer hemocultivo, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Técnica aséptica.
- Extraer las muestras de hemocultivos antes de iniciar tratamiento antibiótico, si es posible.
- No extraer la sangre para hemocultivos de catéteres periféricos, sólo es válida la primera extracción si se realiza en el momento de la inserción de dicho catéter.
- Si el paciente está en tratamiento antibiótico y afebril durante 4-5 días, y vuelve hacer pico febril, está recomendado que se repitan los hemocultivos.
- El volumen de sangre a extraer en los niños es de 1-5 ml.

13.1.3. Obtención de una muestra de sangre venosa para determinación de la glucemia basal

• Definición:

Extracción de una muestra sanguínea venosa mediante punción percutánea.

• Objetivo:

Medir y determinar los valores de glucosa en sangre.

- **Equipo:**
  - Batea.
  - Aparato medidor de glucemia.
  - Contenedor de material punzante.

- **Material:**
  - Gasas estériles.
  - Guantes no estériles.
  - Solución antiséptica.
  - Lanceta.
  - Tira reactiva prueba glucosa en sangre.
  - Algodón.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Verificar la correcta identificación del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento.
  - Solicitar su colaboración y que permanezca quieto durante la punción.
  - Colocar al paciente en una posición adecuada.
  - Comprobar la higiene de las manos del paciente.
  - Verificar que funciona correctamente el medidor de glucosa e introducir una tira en él.
  - Masajear y presionar la yema del dedo elegida.
  - Desinfectar la zona con algodón impregnado en solución antiséptica.
  - Dejar secar.
  - Colocarse los guantes no estériles.
  - Puncionar con la lanceta el dedo, desechar la primera gota y extraer una gota de sangre para colocarla en la tira reactiva.
  - Presionar con el algodón el dedo.
  - Desechar aguja y material punzante en el contenedor.
  - Colocar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
  - Recoger el material.
  - Retirarse los guantes.
  - Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, valores de glucemia, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- En lactantes y neonatos se obtendrá la muestra del talón.
- Avisar al médico si los niveles de glucosa son anormales.
- No puncionar en zonas frías, cianóticas o edematosas.

13.1.4. Obtención de una muestra de sangre arterial para gasometría

• Definición:

Extracción de una muestra sanguínea de una arteria sin canalizar.

• Objetivo:

- Determinar los valores en sangre arterial de oxígeno, dióxido de carbono, saturación de oxígeno y equilibrio ácido-básico.

• Equipo:

- Batea.
- Pinza de compresión.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- 1 jeringa de gasometría.
- Impreso de petición de gasometría.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición adecuada, decúbito supino.
- Palpar la arteria radial, braquial o femoral con los dedos índice y

medio.Si se opta por la radial, realizar el test de Allen (prueba de la circulación colateral).
- Limpiar la zona con solución antiséptica.
- Dejar secar.
- Colocarse los guantes estériles.
- Localizar y fijar el pulso con los dedos índice y medio, con la otra mano insertar la aguja en la arteria con un ángulo de 30-45º hacia la mano del paciente.
- Dejar que entre 1-2 ml de sangre.
- Retirar la aguja y presionar el lugar de punción durante 5 minutos. Si es la arteria humeral 7-8 minutos. Si se punciona la femoral 10 minutos.
- Dejar un apósito sobre lugar de punción y fijarlo comprimiendo ligeramente.
- Eliminar burbujas de aire que puedan existir en la jeringa.
- Cerrar la jeringa y etiquetar con los datos del paciente.
- Desechar aguja y material punzante en el contenedor.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, si es portador de oxígeno, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Si el paciente está anticoagulado o presenta trastornos de la coagulación mantener la presión 10 minutos.
- Si no se envía inmediatamente la muestra, mantenerla en un recipiente con hielo.
- Test de Allen:
  1. Hacer que el enfermo cierre el puño mientras se ocluye la arteria radial y cubital.
  2. Indicarle al enfermo que abra la mano.
  3. Dejar de comprimir la arteria cubital.
  4. El color debe volver a la mano del enfermo en 15 segundos. Si no elegir otro sitio para realizar la punción arterial.

- Valores normales de gasometría:

PO2:	>60 mmHg.
PCO2:	34-64 mmHg.
PH:	7,34-7,45 mmHg.
CO3H:	22-26 mmHg.
SaO2:	95-98 %

13.2 MUESTRAS DE ORINA

13.2.1. Obtención de muestra de orina para analítica

• Definición:

Recogida de muestra de orina para estudio analítico.

• Objetivo:

Obtener volumen suficiente de orina en condiciones adecuadas para la determinación analítica.

• Equipo:

- Batea.
- Pinza de clamp.
- Equipo necesario para manejo de botella y cuña.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Guantes estériles.
- Frasco estéril de orina.
- Solución antiséptica.
- 1 Jeringa de 10 c.c.
- Gasas estériles.
- 1 Tubo de 10 ml (sin heparina).
- 1 Etiqueta identificativa.
- Registros de enfermería.
- Material necesario para el procedimiento manejo cuña o botella.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.

- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes estériles.
- Si el paciente es autónomo pedirle que miccione directamente en el vaso proporcionado a tal fin.
- Explicarle que deseche la primera porción de la orina de la mañana.
- Si el paciente está encamado colocar cuña o botella.
- Verter la orina del contenedor cuña o botella al tubo.
- Si el paciente es portador de sonda vesical, recoger la muestra de orina a través del grifo distal.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material.
- Identificar tubo y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- En niños y ancianos, que no controlen esfínteres: Lavar bien los genitales y secar con gasas estériles. Colocar colector estéril alrededor periné y retirar cuando haya orina y después depositarla en el tubo.

13.2.2. Obtención de muestra de orina para cultivo

• **Definición:**

Recogida de muestra de orina para cultivo de microorganismos.

• **Objetivos:**

- Obtener volumen suficiente de orina para el cultivo.
- Manejar correctamente la muestra.

• **Equipo:**

- Batea.
- Pinza de clamp.
- Equipo necesario higiene de los genitales.
- Equipo necesario para manejo de botella y cuña.

- **Material:**
  - Guantes no estériles.
  - Guantes estériles.
  - 1 Frasco estéril de orina.
  - Solución antiséptica.
  - 1 Jeringa de 10 c.c.
  - Gasas estériles.
  - 1 Tubo de 10 ml estéril.
  - Etiqueta identificativa.
  - Bolsa colectora adhesiva (niños, lactantes personas con incontinencia)
  - Registros de enfermería.
  - Material necesario para la higiene de los genitales.
  - Material necesario para la colocación cuña o botella.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Si el paciente es autónomo explicarle la técnica de recogida de orina: higiene de los genitales pero no secar, desechar primera porción de orina de la micción, recoger unos 10 ml de orina en el frasco estéril y cerrarlo inmediatamente.
  - Si el paciente está encamado:
    1. Colocarse guantes no estériles.
    2. Efectuar lavado de genitales.
    3. Secar con compresa estéril.
    4. Colocarse guantes estériles y aplicar antiséptico en el área genital.
    5. Indicar al paciente que inicie la micción.
    6. Desechar primera porción en cuña o botella.
    7. Situar el frasco estéril debajo del chorro de orina sin que toque los genitales.
    8. Recoger 20-30 ml, tapar el bote y limpiar por fuera si ha quedado manchado.
  - Si el paciente es portador de sonda vesical, procedimiento estéril:
    1. Limpiar con antiséptico la zona situada en la parte próxima del tubo colector.

2. Pinzar o acodar el tubo por la parte inferior de dicha zona.
3. Extraer la muestra por punción en dirección hacia arriba.
4. Retirar la aguja y proceder a una nueva desinfección de la zona pinchada.
5. Trasvasar la orina al recipiente estéril.

- Aspirar unos 10 ml de orina del frasco estéril y trasladarlo al tubo estéril.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material.
- Identificar tubo y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si la muestra no se envía inmediatamente al laboratorio guardar en el frigorífico no más de 8 horas.
- La solución yodada puede alterar algunos resultados, también es válida la clorhexidina.
- Se utiliza la primera orina de la mañana.

13.2.3. Recogida de orina de 24 horas

• **Definición:**

Obtención de orina durante 24 horas.

• **Objetivo:**

- Obtener volumen suficiente de la diuresis de un día para evaluar la presencia de metabolitos y así poder cuantificarlos.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- 1 Etiqueta identificativa.
- 1 Recipiente graduado recolector de orina.
- 1 Bolsa colectora adhesiva (niños y lactantes).
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes desechables.
- Explicar al paciente la técnica de recogida y las horas de recogida.
- Desechar la orina de la primera micción de la mañana. En las recogidas de 24 horas se debe iniciar la recogida de 7 horas a 7 horas del día siguiente.
- Recoger toda la orina en un recipiente que se le proporciona al paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Homogeneizar toda la orina y enviar una muestra al laboratorio.
- Identificar frasco y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirar el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en la petición el volumen total.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, volumen total, características de la orina, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

El paciente ha de ingerir la cantidad de líquido habitual y no consumir alcohol.

13.3. MUESTRA DE HECES

13.3.1. Obtención de heces para cultivo

• **Definición:**

Recogida de heces para su estudio microbiológico.

• **Objetivo:**

- Obtener una muestra de heces en cantidad y calidad suficiente para que permita su estudio microbiológico.

- **Equipo:**
  - Cuña.
  - Batea.

- **Material:**
  - Guantes no estériles.
  - Etiqueta identificativa.
  - Espátula o depresor.
  - Hisopo.
  - Recipiente estéril.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocarse guantes desechables.
  - Si el paciente es autónomo, indicarle que realice higiene de los genitales y que tras la defecación deposite una muestra de heces en el contenedor estéril.
  - Si el paciente está encamado:
    1. Colocar al paciente la cuña.
    2. Pedir al paciente que miccione antes de recoger la muestra.
    3. Limpiar y desinfectar la cuña.
    4. Volver a colocar la cuña al paciente.
    5. Recoger con el depresor heces de la cuña, seleccionar las zonas que contengan moco, exudados y sangre. Cantidad necesaria de 2-5 g.
    6. Realizar higiene de los genitales.

  - Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
  - Retirar el material.
  - Identificar frasco y cursar al laboratorio junto con la petición.
  - Retirarse los guantes.
  - Realizar lavado de manos.
  - Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Enviar inmediatamente al laboratorio, si se va a producir un retraso mantener en el frigorífico a 4º C. no más de 2 horas.
- La muestra ha de ser de una deposición reciente.

13.3.2. Obtención de heces para determinación de parásitos

• **Definición:**

Recogida de heces para la detección de parásitos en ellas.

• **Objetivo:**

- Obtener una muestra de heces en cantidad y calidad suficiente para que permita la identificación de parásitos o huevos.

• **Equipo:**

- Cuña.
- Batea.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Etiqueta identificativa.
- 1 Tubo de recogida de heces con medio.
- 1 Recipiente estéril.
- Cinta adhesiva de celofán.
- Portaobjetos.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Indicar al paciente que durante tres días ha de hacer una dieta exenta de verduras, legumbres, frutas, sustancias grasas, laxantes, etc. tampoco podrá tomar medicación que contenga carbón vegetal, sales de bismuto o magnesio ni los productos opacos utilizados en los exámenes radiológicos (papillas de bario).
- Colocarse guantes desechables.
- Si el paciente es autónomo, indicarle que recoja una muestra de

zona superficial e interior de la masa fecal durante tres días alternos. La recogida se hará a primera hora de la mañana antes de que el paciente se lave.

- Si se sospecha tenias u oxiuros: aplicar un trozo de cinta adhesiva sobre el ano del paciente,realizando una presión suave.Retirar tras unos segundos. Colocar la cinta adhesiva sobre un portaobjetos de cristal.
- Si el paciente está encamado:
  1. Colocar al paciente sobre la cuña.
  2. Pedir al paciente que miccione antes de recoger la muestra.
  3. Limpiar y desinfectar la cuña.
  4. Volver a colocar la cuña al paciente.
  5. Recoger con el tapón cuchara del tubo con medio hasta la flecha indicada en el tubo, heces de la cuña, seleccionar las zonas que contengan moco, exudados y sangre. Cantidad necesaria de 2-5 g.
  6. Realizar higiene de los genitales.

- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material.
- Identificar frasco y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- No mezclar heces con orina.
- Las muestras se envían al laboratorio o se mantienen en el frigorífico hasta que se tienen las tres muestras de heces.
- En caso de ingestión del medio contenido en el tubo beber leche y provocar el vómito y avisar al médico.

13.4. OBTENCIÓN DE ESPUTO PARA ESTUDIO

• Definición:

Recogida de una muestra de esputo del paciente con fines diagnósticos.

- **Objetivo:**
  - Obtener una muestra de esputo en cantidad y calidad suficiente para su análisis.

- **Equipo:**
  - Batea.
  - Equipo necesario para la Aspiración de Secreciones.

- **Material:**
  - Guantes no estériles.
  - 1 Etiqueta identificativa.
  - Colutorio bucal.
  - 1 Recipiente estéril.
  - Impreso de petición de laboratorio.
  - Material necesario para la Aspiración de Secreciones.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Colocarse guantes desechables.
  - Si el paciente está consciente: explicar la técnica de recogida:
    1. Se ha de recoger por la mañana y colocarlo en un frasco estéril.
    2. Indicarle que se lave los dientes y haga gargarismos con algún colutorio.
    3. Hacer que el paciente tosa.
    4. Si la tos no consigue producir una muestra. Hacer al paciente respirar una mezcla templada de agua destilada y suero fisiológico.
  - Si el paciente está inconsciente, intubado, con traqueostomía o es incapaz de toser y expectorar, se procederá a la aspiración de secreciones.Técnica aséptica. Recoger el esputo mediante sistema de recogida conectado a sonda de aspiración.
  - Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
  - Retirar el material.
  - Identificar frasco y cursar al laboratorio junto con la petición.

- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Estudio citológico del esputo:puede ser seriado (3 esputos en 3 días consecutivos). Preparar los frascos con alcohol 50%. Se puede guardar en el frigorífico hasta su envío a anatomía patológica.
- Estudio microbiológico: se recoge en frasco estéril. Extremar las medidas de asepsia. Guardar la muestra en el frigorífico.

13.5. OBTENCIÓN DE EXUDADO DE HERIDAS PARA CULTIVO

• **Definición:**

Recogida del exudado de una herida para su estudio microbiológico.

• **Objetivo:**

- Obtener una muestra de exudado en cantidad y calidad suficiente para determinar la presencia en la herida de microorganismos patógenos responsables del proceso infeccioso.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Guantes estériles.
- Guantes desechables.
- Hisopo estéril con medio de conservación.
- 1 jeringa.
- 1 aguja subcutánea.
- Suero fisiológico.
- Etiqueta identificativa.
- Impreso de petición de laboratorio.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración.
- Colocarse guantes desechables.
- Retirar el apósito externo de la herida.
- Colocarse guantes estériles.
- Desinfectar la superficie de la herida con alcohol y luego con solución yodada.
- Dejar secar antes de recoger la muestra.
- Obtener el cultivo de la zona de mayor exudado. Preferentemente aspirar con jeringa antes que proceder al escobillado.
- Aspirar lo más profundamente de la lesión.
- Si la herida está seca con placas necróticas, humedecer con suero fisiológico y después obtener el cultivo.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material.
- Identificar hisopo o jeringa, y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

CAPÍTULO XIV

Inserción y cuidados de los catéteres intravasculares

14.1. CONTROL DE LOS CATÉTERES PERIFÉRICOS

14.1.1. Técnica de inserción de los catéteres periféricos

- **Definición:**

  Introducción de un catéter periférico en una vena periférica.

- **Objetivo:**

  - Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos, diagnósticos y en caso de emergencia.

- **Equipo:**

  - Batea.
  - 1 Compresor.
  - Paño estéril.
  - Contenedor de material punzante.

- **Material:**

  - 1 Aguja intravenosa.
  - Catéteres intravenosos periféricos de diferentes calibres.
  - Alargaderas de 3 luces y llave de 3 pasos.
  - 1 par de guantes desechables.
  - Apósitos estériles.
  - Gasas estériles.
  - 1 Jeringa 5 ml.
  - Suero salino fisiológico.
  - Solución antiséptica.
  - Esparadrapo antialérgico.
  - Apósito fijador estéril.
  - 1-2 Obturadores estériles.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento a realizar.
  - Solicitar su colaboración.
  - Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de pun-

ción.

- Seleccionar la vena más adecuada según: el estado del paciente, características de la solución a infundir, calibre del catéter, asegurarse de que el punto elegido no va a dificultar las actividades de la vida diaria del paciente y elegir venas blandas, llenas y no obstruidas , si es posible.
- Colocar el compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción. El torniquete debe estar lo bastante apretado como para detener la circulación venosa pero no la arterial.
- Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
- Desinfectar la zona desde el centro hacia fuera y dejar secar.
- Colocarse los guantes.
- Retirar la funda del catéter y cogerlo con la mano dominante.
- Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se desplace.
- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba. Existen 2 métodos:
  a) Método directo: ángulo 15-45º, penetrar en la dirección del flujo venoso.
  b) Método indirecto: penetrar en la piel del paciente desde el lateral de la vena. Dirigir el catéter para entrar lateralmente en la vena.
- Seguir introduciendo el catéter hasta que se observe la sangre refluir. Cuando refluya la sangre avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se retira la guía o aguja. No debe notarse resistencia.
- Retirar el compresor.
- Comprobar la permeabilidad del catéter introduciendo suero fisiológico, unos 2-3 c.c. observando que no haya obstrucción o extravasación del líquido introducido.
- Conectar el equipo de infusión o el obturador.
- Colocar una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipo y obturador para evitar lesiones en la piel.
- Fijar el catéter mediante apósito estéril.
- Fijar el equipo de infusión a la piel para evitar tracciones.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, calibre del catéter, nº de intentos de venopunción, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Las venas utilizadas generalmente para el tratamiento intravenoso son la basílica, cefálica y las interóseas.
- Evitar las venas de las zonas de flexión, venas con flebitis, infiltrados, esclerosadas, duras, las venas del miembro que se le ha realizado una mastectomía o tiene una fístula arterio-venosa,las venas de los miembros inferiores o la extremidad afectada por un accidente cerebrovascular.
- En los niños las venas de elección son las de los pies y cuero cabelludo.
- Si el enfermo tiene gran cantidad de pelo, no rasurar, cortar el vello con unas tijeras.
- En cada intento de inserción utilizar un nuevo catéter.

14.1.2. Cuidados de los catéteres periféricos

• Definición:

Conjunto de actividades realizados por la enfermera al paciente portador de catéter periférico.

• Objetivos:

- Mantener el catéter permeable.
- Prevenir infecciones.

• Equipo:

- Batea o carro de curas.
- Paño estéril.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- 1 par de Guantes estériles.
- Apósitos estériles.
- Gasas estériles.
- 1 Jeringa 5 ml.
- Solución antiséptica.

- Sistema de infusión.
- Apósito fijador estéril.
- 2 Obturadores estériles.
- Llave de 3 pasos.
- Registros de enfermería.
- Solución para mantenimiento de la permeabilidad de la vía.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de punción.
- Colocarse guantes no estériles para manipulaciones del sistema y estériles para cambiar el apósito.
- Colocar el paño estéril debajo de la extremidad con el catéter.
- Colocarse los guantes estériles.
- Cambiar el apósito cada 72 horas o cuando esté húmedo, manchado o despegado.
- Vigilar punto de punción cada vez que se utilice y de forma rutinaria cada 24 horas, observando que no haya signos de infección, y extravasación.
- Colocar una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipo y obturador para evitar lesiones en la piel.
- Lavar el catéter tras su utilización con la solución de lavado para mantener la permeabilidad de la vía periférica.
- Evitar al máximo las desconexiones del sistema.
- Cambiar el sistema cada 72 horas si es fluidoterapia y cada 24 horas si es nutrición parenteral total.
- Cambiar el catéter ante signos de flebitis, extravasación u obstrucción.
- Desechar el material punzante, en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Los apósitos transparentes deben vigilarse continuamente por el riesgo de acumulación de humedad debajo de él.
- Si es necesario utilizar una vía periférica durante un tiempo prolongado, deben realizarser cambios periódicos de la cánula cada 72-96 horas.
- Las cánulas que no son colocadas en condiciones asépticas, (como las situaciones de emergencia), estas deben ser reemplazadas tan pronto como sea posible y siempre antes de 48 horas.

14.1.3. Retirada del catéter periférico

• Definición:

Conjunto de maniobras que realiza la enfermera para retirar un catéter periférico tras concluir el tratamiento o cuando exista extravasación, obstrucción o flebitis.

• Objetivo:

Prevenir complicaciones en la extracción del catéter.

• Equipo:

- Batea o carro de curas.
- Tijeras estériles.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Apósitos estériles.
- Vaso estéril con tapadera.
- Hisopo estéril.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de punción.
- Colocarse guantes no estériles
- Cerrar el equipo de infusión si lo hubiera.
- Retirar apósito.
- Observar la zona de punción por si hubiera signos de infección.
- Limpiar punto punción con solución antiséptica con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Retirar el catéter.
- Colocar el apósito estéril.
- Presionar 5 minutos y si el paciente presenta problemas de coagulación o está en tratamiento anticoagulante unos 10 minutos.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Mandar la punta del catéter a microbiología si existen signos de infección: introducir la punta en el vaso estéril y cortar con las tijeras estériles. Tapar y etiquetar el frasco.
- Si existiera exudado purulento mandar un hisopo a microbiología

14.2. CONTROL DE LAS VÍAS CENTRALES

14.2.1. Técnica de inserción del catéter central tipo tambor de acceso periférico (Drum®)

• **Definición:**

Introducción de un catéter central tipo tambor de acceso periférico en una vena periférica.

- **Objetivos:**
  - Mantener un acceso central con fines diagnósticos o en caso de emergencia.
  - Administrar al paciente fluidos, fármacos, nutrición parenteral total o hemoderivados.

- **Equipo:**
  - Batea o carro de curas.
  - Compresor.
  - Paños estériles.
  - Equipo para fluidoterapia.
  - Contenedor de material punzante.

- **Material:**
  - 1 par de guantes estériles.
  - 1 par de guantes no estériles.
  - Apósitos estériles.
  - Gasas estériles.
  - 1 Catéter central tipo tambor (Drum®)
  - Solución antiséptica.
  - 1 Venda.
  - Apósito fijador
  - Material necesario para fluidoterapia.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

  Se necesitan 2 miembros del equipo:
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento a realizar.
  - Solicitar su colaboración.
  - Colocar al paciente en decúbito supino con el brazo extendido formando un ángulo de 90º,la cabeza del paciente girada hacia el lado de punción.
  - Colocarse guantes no estériles
  - Seleccionar la vena a puncionar (basílica o cefálica a la altura de la flexura del codo).
  - Retirarse los guantes.

- Colocar el paño estéril debajo del brazo a puncionar.
- Colocarse los guantes estériles.
- Limpiar la zona con solución antiséptica y dejar secar.
- Preparar el campo estéril y colocar el material encima de él.
- Colocar el compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción (la colocación del compresor la realiza el personal colaborador, si no hay disponibilidad cambiar guantes estériles).
- Comprobar el buen estado del catéter.
- Fijar la piel para que no se mueva la vena elegida.
- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo no superior a 30º.
- Retirar el compresor (2ª persona) cuando refluya sangre en el catéter.
- Comenzar a introducir el catéter lentamente girando el tambor en el sentido de las agujas del reloj hasta introducir la longitud deseada.
- No forzar, si existe resistencia, retirar el catéter y volver a comenzar.
- Cuando se haya introducido el catéter retirar la guía o fiador.
- Asegurarse de la colocación exacta de la punta del catéter midiendo con la guía la distancia entre el punto de introducción hasta la aurícula.
- Conectar equipo de infusión comprobando la permeabilidad (la solución a infundir es suero fisiológico,hasta que se compruebe la colocación exacta mediante rayos x).
- Limpiar zona de punción con solución antiséptica.
- Colocar gasas estériles impregnadas en antiséptico y enrollar catéter sobrante encima de ellas evitando que se acode.
- Colocar apósito estéril y fijar con venda elástica.
- Sujetar el sistema de infusión para evitar tracciones o que se acode.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Utilizar un catéter en cada intento.
- Se ha de comprobar su colocación radiológicamente y si está muy introducido, retirar unos centímetros.Si se encuentra en cava superior retirar y volver a insertar.

- Vigilar el pulso del paciente por si se producen taquicardias que pueden ser debidas a que el catéter se encuentra en ventrículo en vez de aurícula.

14.2.2. Colaboración en la inserción catéter venoso central (CVC)

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera junto con el médico para la inserción de un catéter central por vía venosa hasta llegar a vena subclavia, yugular o femoral.

• **Objetivos:**

- Mantener un acceso central permeable con fines diagnósticos
- Administrar al paciente fluidos, fármacos, nutrición parenteral total o hemoderivados.

• **Equipo:**

- Batea o carro de curas.
- Paños estériles.
- Equipo para fluidoterapia.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- 2 pares de guantes estériles.
- 2 pares de guantes no estériles.
- Apósitos estériles transparentes.
- Gasas estériles.
- Catéter central: multilumen, Hickman®, etc.
- Solución antiséptica.
- Anestésico local.
- Jeringas de 5-10 c.c.
- Agujas intramusculares.
- Heparina sódica diluida (preparado comercial).
- Suero salino fisiológico.
- 3-4 obturadores.

- Sutura: seda nº 0-1 con aguja curva.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Material necesario para fluidoterapia.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

La colocación del catéter suele llevarla a cabo el médico:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en la posición adecuada según la vena que se vaya a canalizar:
  a) Subclavia:decúbito supino,brazo del lado al que se vaya a canalizar la subclavia pegado al cuerpo y la cabeza girada del lado contrario y en posición de Trendelemburg.
  b) Yugular: decúbito supino y el cuello girado del lado contrario.
  c) Femoral: decúbito supino con las piernas en aducción y en ligera rotación externa.
- Colocarse guantes no estériles.
- Limpiar la zona con antiséptico con movimientos circulares y dejar secar.
- Colaborar con el médico en la preparación del campo estéril y durante el procedimiento.
- Una vez que el médico haya canalizado la vía y realizado la fijación mediante sutura, heparinizar las luces que no se vayan a utilizar.
- Retirarse los guantes.
- Colocar apósito estéril.
- Comprobar la correcta colocación del catéter mediante la radiografía.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

Técnica estéril.

14.2.3. Cuidados y mantenimiento del catéter venoso central (CVC)

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante el paciente portador de acceso venoso central.

• **Objetivos:**

- Mantener un acceso central permeable.
- Prevenir infecciones.

• **Equipo:**

- Batea o carro de curas.
- Paños estériles.
- Equipo para fluidoterapia.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- 1 par de guantes estériles.
- 1 par de guantes no estériles.
- Apósitos estériles transparentes.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- 2 Jeringas de 5-10cc.
- 2 Agujas intravenosas.
- Bolsa residuos.
- Heparina sódica diluida (preparado comercial).
- Suero salino fisiológico.
- 3 Obturadores.
- Material necesario para fluidoterapia.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.

- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en la posición adecuada.
- Colocarse guantes no estériles.
- Retirar el apósito.
- Vigilar el punto de punción observando que no exista signos de infección cada vez que se utilice.
- Retirarse los guantes.
- Colocarse guantes estériles.
- Heparinizar las luces que no se utilicen cada 24 horas y cuando se utilicen intermitentemente para administrar medicación y hemoderivados.
- Restringir las extracciones de sangre, si se hace, lavar la luz tras la extracción.
- Envolver las conexiones en gasas impregnadas en solución antiséptica.
- Observar diariamente los signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.
- Cambiar el apósito cada 72 horas o cuando esté manchado, húmedo o despegado.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Técnica estéril para la cura en el punto de punción y en los cambios de sistema o accesorios.
- Evitar en la medida de lo posible las desconexiones y limitar el uso de las llaves de 3 pasos.

14.2.4. Retirada del catéter venoso central (CVC)

• Definición:

Conjunto de maniobras que realiza la enfermera para retirar un catéter venoso central tras concluir el tratamiento o cuando exista extravasación, obstrucción o flebitis.

• Objetivo:

Prevenir complicaciones al extraer el catéter venoso central.

• Equipo:

- Batea o carro de curas.
- Tijeras estériles.
- 1 Pinza de disección estéril.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Apósitos estériles.
- Hoja de bisturí.
- Vaso estéril con tapadera.
- Hisopo estéril.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de punción.
- Colocarse guantes no estériles.
- Cerrar el equipo de infusión si lo hubiera.
- Retirar apósito.
- Observar la zona de punción por si hubiera signos de infección.

- Limpiar punto punción con solución antiséptica con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Retirar puntos de sutura, si los hubiera.
- Retirar el catéter.
- Presionar 5 minutos y si el paciente presenta problemas de coagulación o esta en tratamiento anticoagulante 10 minutos.
- Colocar apósito estéril.
- Desechar el material punzante, en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Mandar la punta del catéter a microbiología si existen signos de infección: introducir la punta en el vaso estéril y cortar con las tijeras estériles. Tapar y etiquetar el frasco.
- Si existiera exudado purulento mandar un hisopo a microbiología.

14.3. CONTROL DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO

14.3.1. Procedimiento de punción del reservorio subcutáneo

• Definición:

Introducción de una aguja curva con bisel especial y alargadera a través de la membrana de silicona del reservorio subcutáneo.

• Objetivos:

- Acceder al reservorio subcutáneo del paciente con fines terapéuticos y diagnósticos.
- Prevenir infecciones.

• Equipo:

- Batea o carro de curas.
- Paños estériles.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**
  - 1 par de guantes estériles.
  - 1 apósito estéril.
  - Gasas estériles.
  - Solución antiséptica.
  - Suero fisiológico.
  - 2 Jeringas de 10-20 ml.
  - Agujas con bisel especial y alargadera de 22G (uso rutinario) y 20G (nutrición o hemoderivados)
  - 1 Obturador.
  - 1 Aguja intravenosa.
  - Heparina sódica diluida (preparado comercial).
  - Esparadrapo hipoalergénico.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento a realizar.
  - Solicitar su colaboración.
  - Colocar al paciente en posición decúbito supino, con la cabeza girada hacia el lado opuesto donde tiene implantado el reservorio.
  - Valorar el aspecto de la piel que cubre la cámara subcutánea (asegurarse de que no existe enrojecimiento, edema,infiltración subcutánea, ulceración o supuración).
  - Colocarse guantes estériles.
  - Crear el campo estéril y colocar todo el material necesario para la punción en él.
  - Cargar una jeringa de 10 c.c. con 5 ml de heparina sódica diluida y otra con suero fisiológico.
  - Purgar el sistema de aguja con bisel especial y alargadera con suero fisiológico.
  - Clampar el sistema.
  - Limpiar la zona con solución yodada y dejar secar.
  - Localizar el dispositivo por palpación.
  - Inmovilizar la cámara con los dedos de la mano no dominante.
  - Insertar la aguja perpendicularmente a la membrana del reservorio, buscando el centro de la cámara y evitando puntos de inyecciones

anteriores, haciéndola avanzar firmemente hasta encontrar el tope metálico.
- Desclampar el sistema.
- Inyectar 2-3 c.c. de suero fisiológico y aspirar para comprobar que refluye sangre.
- Clampar el sistema.
- Cambiar la jeringa de suero fisiológico por la de heparina (5 ml).
- Desclampar e introducir los 5 ml de heparina sódica diluida.
- Enroscar el obturador en el extremo distal del sistema.
- Colocar una gasa estéril bajo la aguja, para evitar erosiones en la piel.
- Colocar apósito estéril transparente.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

Nunca inyectar líquidos a través del reservorio con jeringas de menos de 10 ml, ya que la silicona de la cámara se puede fisurar y extravasar la medicación.

14.3.2. Extracción sanguínea del reservorio subcutáneo

• Definición:

Obtención de una muestra de sangre a través del reservorio subcutáneo.

• Objetivo:

Obtener una cantidad suficiente de sangre para la determinación analítica solicitada.

• Equipo:

- Batea o carro de curas.
- Paños estériles.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**
  - 1 par de guantes estériles.
  - Apósitos estériles.
  - Gasas estériles.
  - Solución antiséptica.
  - Suero fisiológico.
  - 3 Jeringas de 10-20 ml.
  - Agujas con bisel especial y alargadera de 22G/20G (nutrición o transfusión)
  - 1 Obturador.
  - 2 Agujas intravenosas.
  - Heparina sódica diluida (preparado comercial).
  - Esparadrapo hipoalergénico.
  - Tubos para muestras sanguíneas según el tipo de analítica.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento a realizar.
  - Solicitar su colaboración.
  - Colocar al paciente en decúbito supino, con la cabeza girada hacia el lado opuesto donde tiene implantado el reservorio.
  - Valorar el aspecto de la piel que cubre la cámara subcutánea (asegurarse de que no existe enrojecimiento, edema, infiltración subcutánea, ulceración o supuración).
  - Colocarse guantes estériles.
  - Crear el campo estéril y colocar todo el material necesario para la punción.
  - Cargar una jeringa de 10 c.c. con 5 ml de heparina sódica diluida y otra con suero fisiológico.
  - Purgar el sistema de aguja con bisel especial y alargadera con suero fisiológico.
  - Clampar el sistema.
  - Limpiar la zona con solución antiséptica y dejar secar.
  - Localizar el dispositivo por palpación.
  - Inmovilizar la cámara con los dedos de la mano no dominante.
  - Insertar la aguja perpendicularmente a la membrana del reservorio,

buscando el centro de la cámara y evitando puntos de inyecciones anteriores, haciéndola avanzar firmemente hasta encontrar el tope metálico.
- Desclampar el sistema.
- Inyectar 5 c.c. de suero fisiológico para comprobar permeabilidad.
- Aspirar 5-7 c.c. de sangre.
- Clampar y desechar.
- Con una nueva jeringa de 10 c.c. aspirar la cantidad de sangre requerida para la analítica, desclampando previamente.
- Volver a clampar.
- Inyectar los 5 ml de heparina diluida.
- Clampar el sistema.
- Enroscar el obturador en el extremo distal del sistema.
- Colocar una gasa estéril bajo la aguja, para evitar erosiones en la piel.
- Colocar apósito estéril transparente.
- Introducir la cantidad de sangre requerida en cada tubo.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Cursar analítica a laboratorio.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

Nunca inyectar líquidos a través del reservorio con jeringas de menos de 10 ml, ya que la silicona de la cámara se puede fisurar y extravasar la medicación.

14.3.3. Cuidados y mantenimiento del reservorio subcutáneo

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera al paciente portador de reservorio subcutáneo.

- **Objetivo:**
  - Mantener el reservorio permeable.
  - Prevenir complicaciones como la infección, extravasación, retirada accidental de la aguja, embolismo gaseoso, etc.

- **Equipo:**
  - Batea o carro de curas.
  - Paños estériles.
  - Equipo necesario para el procedimiento de punción.
  - Contenedor de material punzante.

- **Material:**
  - 1 par de guantes estériles.
  - Gasas estériles.
  - Solución antiséptica.
  - Apósito estéril.
  - Suero fisiológico.
  - 1 Jeringa de 10-20 ml.
  - 1 Aguja intravenosa.
  - Aguja con bisel especial y alargadera
  - 1 Obturador.
  - Heparina sódica diluida (preparado comercial).
  - Esparadrapo hipoalergénico.
  - Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente del procedimiento a realizar.
  - Solicitar su colaboración.
  - Colocar al paciente en posición decúbito supino, con la cabeza girada hacia el lado opuesto donde tiene implantado el reservorio.
  - Valorar el aspecto de la piel que cubre la cámara subcutánea (asegurarse de que no existe enrojecimiento, edema, infiltración subcutánea, ulceración o supuración).
  - Colocarse guantes estériles.
  - Vigilar cada 24 horas signos y síntomas de infección local o sistémica.

- Cambiar el sistema de perfusión cada 48 horas, si es nutrición parenteral cada 24 horas.
- Cambiar el apósito cada 48 horas o cuando este húmedo despegado o manchado.
- La aguja del reservorio se ha de cambiar cada 7 días.
- HEPARINIZACIÓN Y SELLADO DEL RESERVORIO:
  a) Crear el campo estéril y colocar todo el material necesario.
  b) Cargar una jeringa de 10 c.c. con 5 ml de heparina sódica diluida (preparado comercial).
  c) Retirar el obturador.
  d) Conectar la jeringa al terminal de la aguja.
  e) Desclampar el sistema.
  f) Inyectar con la jeringa cargada de heparina diluida, introducir los 5 ml de heparina diluida.
  g) Clampar el sistema.
  h) Enroscar un obturador estéril nuevo.

- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Nunca inyectar líquidos a través del reservorio con jeringas de menos de 10 ml, ya que la silicona de la cámara se puede fisurar y extravasar la medicación.
- Observar en el paciente síntomas que adviertan sobre la posible fragmentación o embolización del catéter: disnea, dolor pectoral o palpitaciones.
- La heparinización se realizará:
  1. Cada 4 semanas en reservorios que no estén en uso.
  2. Tras la administración de medicación intravenosa.
  3. Tras la extracción sanguínea.
  4. Tras la administración de hemoderivados.

14.3.4. Retirada de la aguja del reservorio subcutáneo

• Definición:

Conjunto de maniobras que realiza la enfermera a fin de extraer la aguja de la cámara del reservorio subcutáneo tras la finalización del tratamiento o extracción sanguínea.

• Objetivo:

Prevenir complicaciones al extraer la aguja curva con bisel especial y alargadera de la cámara del reservorio.

• Equipo:

- Batea o carro de curas.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- 1 par de guantes desechables.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- 1 Jeringa de 10 ml.
- 1 Aguja intravenosa.
- 1 Tirita.
- Heparina sódica diluida (preparado comercial).
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en posición decúbito supino, con la cabeza girada hacia el lado opuesto donde tiene implantado el reservorio.
- Colocarse guantes desechables.
- Retirar el apósito.
- Valorar el aspecto de la piel que cubre la cámara subcutánea (asegurarse de que no existe enrojecimiento, edema, infiltración subcu-

tánea, ulceración o supuración).
- Cargar una jeringa de 10 c.c. con 5 ml de heparina sódica diluida.
- Desclampar el sistema.
- Inyectar los 5 ml de heparina diluida.
- Clampar el sistema.
- Retirada de aguja del reservorio, sujetando con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante, el reservorio. Extracción de la aguja realizando una fuerza perpendicular a la piel del usuario.
- Aplicar solución antiséptica y colocar una tirita.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

Nunca inyectar líquidos a través del reservorio con jeringas de menos de 10 ml, ya que la silicona de la cámara se puede fisurar y extravasar la medicación.

14.3.5. Educación sanitaria al paciente portador del reservorio subcutáneo

• Definición:

Proporcionar información oral y escrita al paciente y familia, portador de reservorio subcutáneo.

• Objetivo:

Educar al paciente y familia sobre el propósito, cuidados y mantenimiento del reservorio subcutáneo.

• Material:

- Registros de enfermería.
- Tríptico informativo sobre los cuidados del reservorio subcutáneo.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Explicar el método de implantación y las ventajas del dispositivo.
- Instruir al paciente y familia para que consulte a la enfermera si observa desplazamiento portal, hinchazón, hematoma, enrojecimiento o aumento de la sensibilidad.
- Instruir al paciente y familia en la detección y comunicación de los signos y síntomas de fragmentación o embolización del reservorio: disnea, dolor pectoral o palpitaciones.
- Instruir al paciente y familia en el mantenimiento del dispositivo.
- Instruir al paciente a que siempre lleve consigo la tarjeta que le identifica como portador de un reservorio.
- Determinar si el paciente y su familia entienden el propósito, cuidados y mantenimiento del dispositivo.
- Indicar al paciente que consulte con su enfermera o médico antes de realizar ejercicios físicos que puedan dañar el reservorio (natación, golf, etc.)
- Dar información escrita sobre todo lo anteriormente comentado.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

CAPÍTULO XV

Guías de valoración

15.1. VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA ESCALA DE GLASGOW

• Definición:

Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas validadas.

• Objetivo:

Determinar el nivel de conciencia del paciente.

• Equipo:

Escala de Glasgow.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el nivel de conciencia del paciente con la escala de Glasgow.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la conciencia del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow avisar inmediatamente al médico.

Escala Glasgow Adultos:

Variables	Puntuación
➢ Apertura de ojos:	
- Espontánea	4
- Al sonido	3
- Al habla	2
- Ausente	1
➢ Respuesta verbal:	
- Orientado	5
- Confuso	4
- Incoherente	3
- Ininteligible	2
- Ausente	1
➢Respuesta motora:	
- Obedece órdenes	6
- Localiza el dolor	5
- Reflejo retirada	4
- Flexión anormal	3
- Extensión anormal	2
- Ausente	1

Escala Glasgow pediátrica:

Variables	Puntuación
➢ Respuesta ocular:	
- Espontánea	4
- Al habla	3
- Al dolor	2
- Ausente	1
➢ Respuesta verbal:	
- Ruidos y gorgojeos	5
- Irritable	4
- Llora ante el dolor	3
- Gime ante el dolor	2
- Ninguna	1
➢ Respuesta motora:	
- Movimientos espontáneos normales	6
- Retirada al contacto	5
- Retirada al dolor	4
- Flexión anormal	3
- Extensión anormal	2
- Ninguna	1

15.2. VALORACIÓN DEL DOLOR

• Definición:

Recogida y análisis de los datos sobre el dolor, por parte de la enfermera, del dolor que siente el paciente tanto desde una perspectiva objetiva como subjetiva.

• Objetivo:

Conocer etiología, intensidad, localización, comienzo y duración del dolor que presenta el paciente.

• Equipo:

Escalas de valoración del dolor: analógica visual y la pediátrica.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Valorar al paciente para conocer el dolor que siente de forma objetiva y subjetiva.

a) Valoración subjetiva

- Preguntar al paciente por la intensidad del dolor, utilizar la escala analógica visual (ver apartado de escalas), la localización e irradiación, si aumenta o disminuye con la actividad y si sabe cuál puede ser la causa.
- Observar la conducta ante el dolor.
- Valorar si hay signos de ansiedad.
- Si ha tomado analgesia, preguntar por el efecto analgésico y duración.

b) Valoración objetiva

- Tomar la tensión arterial,frecuencia cardiaca y respiratoria,valorar si hay cambios.
- Valorar la presencia de náuseas y vómitos, cambios en la temperatura, alteración del tono muscular (tensión músculos faciales), dilatación de pupilas, insomnio, debilidad, agotamiento.
- Observar si hay una conducta desordenada: llantos, lamentos, nerviosismo, etc.

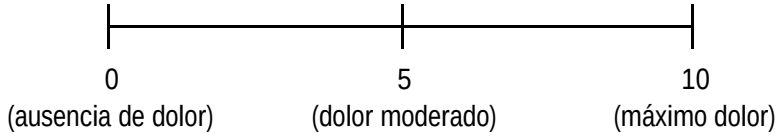
- Registrar en la documentación de enfermería: los resultados de la valoración objetiva y subjetiva del dolor así como la respuesta del paciente.

• Observaciones

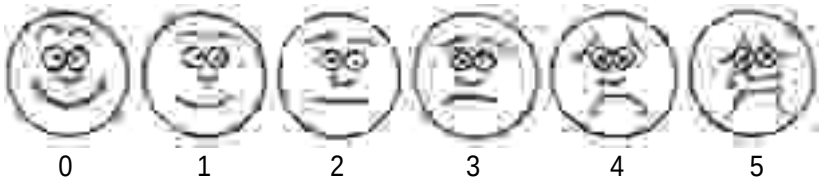
- Aspectos a tener en cuenta para valorar el dolor en niños:
  1. Etapa preverbal (0-3 años): el llanto es el principal indicador, las expresiones faciales como muecas, frente arrugada, ojos cerrados muy prietos, etc. movimientos corporales significativos, apertura de manos,puños muy apretados,rigidez muscular, alteraciones del patrón del sueño(letargia o irritabilidad), rechazo a los alimentos.
  2. En niños de 4-8 años se valorará la intensidad del dolor con la Escala de Wong y BaKer (dibujitos de caras).
  3. En niños de 9-14 años se utiliza la misma escala que en los adultos.

• Escalas

1. Escala analógica graduada



2. Escala de Wong y Baker



Wong DL,Hockenberry-Eaton M,Wilson D, Winkelstein ML: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 6th edition,St Louis,2001, Mosby. Reprinted with permission. Copyright,Mosby.

15.3. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA DE BRADEN

• Definición:

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada.

• Objetivo:

Cuantificar el riesgo de úlcera por presión que presenta el paciente.

• Equipo:

Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Braden.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Braden.
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	**1.- Completamente limitada** Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose), o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.	**2.- Muy limitada** Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación,o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	**1.- Constantemente húmeda** La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por: sudoración,orina,etc.Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	**2.- Ocasionalmente húmeda** La piel está a menudo,pero no siempre, húmeda.La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	**1.- Encamado** Paciente constantemente encamado.	**2.- En silla** Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	**1.- Completamente inmóvil** Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	**2.- Muy limitada** Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	**1.- Muy pobre** Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y en dieta líquida o sueros más de cinco días.	**2.-Probablemente inadecuada** Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteico incluye sólo tres servicios de cane o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	**1.- Problema** Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	**2.- Problema potencial** Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama,aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

3.- Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	**4.- Sin limitaciones** Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
3.- Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda,requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	**4.- Raramente húmeda** La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
3.- Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente con o sin ayuda,durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.	**4.- Deambula frecuentemente** Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
3.- Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.	**4.- Sin limitaciones** Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
3.- Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece,o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	**4.- Excelente** Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
3.- No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

Payá Pérez B. Manual de enfermería. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el Hospital General universitario de Alicante. Ed. Hospital General Universitario de Alicante.1999.

Resultados

Fecha / Ítem											RIESGO BAJO: 15-16 si es menor de 75 años 15-18 si mayor o igual a 75 años RIESGO MODERADO: 13-14 puntos ALTO RIESGO: Menor de 12 puntos
PERCEPCIÓN SENSORIAL											
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD											
ACTIVIDAD											
MOVILIDAD											
NUTRICIÓN											
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS											
TOTAL											
Enfermero											

15.4. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA DE NORTON

- **Definición:**

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada.

- **Objetivo:**

Cuantificar el riesgo de úlcera por presión que presenta el paciente.

- **Equipo:**

Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Norton.

- **Material:**

- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Norton.
  - Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Escala de Norton:**

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	EDAD	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	< 40	**4**
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	40-54	**3**
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	55-69	**2**
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	70 ó >	**1**

Clasificación de riesgo:

7 a 12 puntos ⇨ ALTO
13 a 18 puntos ⇨ MODERADO
19 a 24 puntos ⇨ BAJO

CAPÍTULO XVI

Otros procedimientos

16.1. VALORACIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL. (PVC)

• Definición:

Medición de la presión venosa central en las grandes venas centrales con métodos invasivos.

• Objetivo:

Conocer la PVC para valorar la volemia y el retorno venoso al corazón a través de un catéter central alojado en la vena cava superior o aurícula derecha.

• Equipo:

- Bolígrafo negro.
- Soporte para suero.
- Venotómetro.

• Material:

- Solución IV (suero fisiológico o lactato)
- Equipo PVC.
- Guantes estériles.
- Llave de 3 pasos
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Verificar que el catéter está en aurícula derecha o vena cava superior mediante radiografía.
- Poner la cama en posición horizontal y paciente en decúbito supino.
- Colocarse los guantes estériles.
- Fijar el venotómetro al soporte de gotero.
- Conectar equipo de PVC al suero y purgarlo.
- Fijar equipo de PVC al venotómetro.
- Conectar el equipo de PVC vía central.
- Hacer coincidir el 0 del venotómetro con la línea axilar media del paciente (aurícula derecha).
- Comprobar permeabilidad de la vía central poniendo la llave en

posición recipiente-paciente y dejar fluir solución IV.
- Girar la llave en posición recipiente-venotómetro para llenarlo con la solución y extraer burbujas del sistema, si se han producido.
- Girar la llave posición venotómetro-paciente. Esperar a que el líquido descienda y se estabilice (al principio desciende rápido)
- La solución debe oscilar 1 cm aproximadamente, si no indicar al paciente que tosa o realice una respiración profunda.
- Realizar la lectura de PVC.
- Regresar la llave a la posición recipiente-paciente.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el valor de la PVC, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:
- No utilizar sueros hipertónicos para medir la PVC.
- Máxima asepsia.
- Comprobar que el sistema está libre de sangre o burbujas.
- Al efectuar la medición, no perfundir por la vía central otras medicaciones.
- Valores normales: entre +3 y +8 ml de agua.
- Si el líquido desciende muy lento o no cae, puede ser que el catéter esté ocluido.

16.2. REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA

• Definición:

Determinación gráfica de la actividad eléctrica del corazón del paciente durante un ciclo cardíaco.

• Objetivo:

Obtener un registro gráfico del ciclo cardíaco.

• Equipo:
- Electrocardiógrafo.
- Batea.
- 4 pinzas para electrocardiograma.

- **Material:**
  - Electrodos de un solo uso con gel.
  - Gel conductor.
  - Guantes desechables no estériles.
  - Alcohol.
  - Gasas o algodón.
  - Rasuradora.
  - Papel de registro de electrocardiograma.
  - Registros de enfermería.

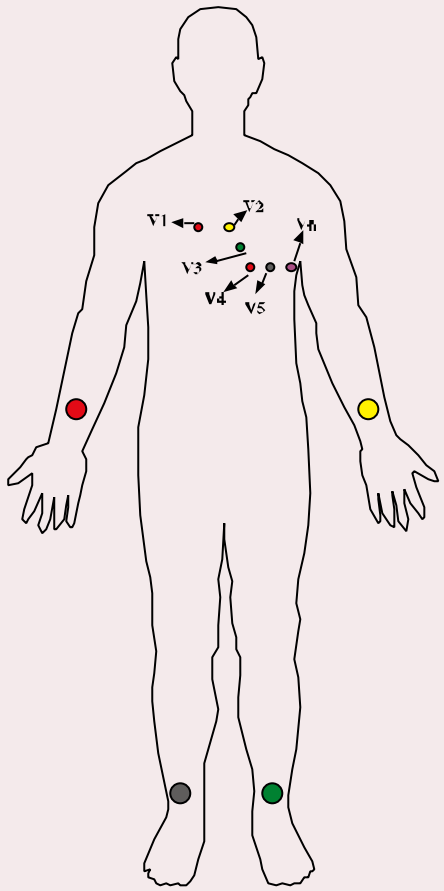
- **Procedimiento:**
  - Realizar lavado de manos.
  - Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente de la técnica a realizar.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Poner la cama en posición horizontal y paciente en decúbito supino.
  - Colocarse los guantes no estériles.
  - Ayudar al paciente a descubrirse pecho, tobillos y muñecas.
  - Limpiar la piel donde se aplican los electrodos con alcohol.
  - Rasurar si existe abundante vello.
  - Colocar electrodos y conectar derivaciones estándar (Ver figura XVI-1).
    1. Rojo→muñeca derecha (AVR).
    2. Amarillo→muñeca izquierda (AVL).
    3. Negro→Pierna derecha (LR).
    4. Verde→pierna izquierda (AVF).
  - Conectar las derivaciones precordiales (Ver figura XVI-1).
    - V_1→ 4º espacio intercostal, línea anterior clavicular derecha.
    - V_2→ 4º espacio intercostal, línea anterior clavicular izquierda.
    - V_3→ entre V_2 y V_4.
    - V_4→ 5º espacio intercostal, línea media clavicular izquierda.
    - V_5→ 5º espacio intercostal, línea anterior axilar izquierda.
    - V_6→ 5º espacio intercostal, línea media axilar izquierda.
  - Asegurar la correcta colocación de los electrodos y las conexiones de los cables.
  - Seleccionar en el electrocardiógrafo los parámetros de velocidad y voltaje de 25 mm/s y 1mV.
  - Seleccionar el filtro y la modalidad (manual o automática).
  - Pedir al paciente que permanezca quieto y que respire con normalidad sin hablar.

- Retirar electrodos y limpiar excesos de gel.
- Ayudar al paciente a vestirse y colocarlo en una posición adecuada.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, si el paciente presenta dolor precordial en el momento de realización del electrocardiograma, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Sí el registro fuera manual se ha de cambiar la posición de registro en el siguiente orden: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V_1, etc.V_6.
- Si se pide tira de ritmo, hay que realizarla al final del registro de 12 derivaciones y comenzando en la derivación II.

Figura XVI-1 Esquema de la colocación de los electrodos



16.3. COLABORACIÓN EN LA PUNCIÓN LUMBAR

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera junto con el médico para realizar una punción lumbar al paciente.

• Objetivos:

- Colaborar en la realización al paciente de una punción lumbar con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Prevenir complicaciones como la infección, cambios neurológicos, etc.

• Equipo:

- 2 Paños estériles.
- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.

• Material:

- 2 agujas intramusculares.
- 2 ampollas de anestésico local.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- 1-2 jeringas de 5-10 c.c.
- Tubos para la analítica.
- Medicación prescrita.
- Catéter de punción lumbar del número adecuado.
- Impreso de petición prueba analítica del líquido cefalorraquídeo.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Tranquilizar al paciente.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar que el paciente y familia ha recibido la información médica sobre el procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Colocar al paciente en decúbito lateral al borde de la cama, con el

cuello flexionado, pegando el mentón al pecho. Las rodillas deben estar flexionadas sobre el abdomen y el paciente, si puede, se las sujeta con los brazos, sino un celador le ayudará a mantener la posición. Esta técnica también se puede llevar a cabo con el paciente sentado.

- Pedir al paciente que no se mueva y que respire lentamente.
- Preparar campo estéril y depositar el material necesario sobre él.
- Colocarse guantes no estériles.
- Aplicar solución antiséptica en la zona a puncionar. Aplicar generosamente con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Ayudar al médico durante el procedimiento.
- Preparar tubos estériles para recoger la muestra de líquido cefalorraquídeo, si precisa.
- Valorar continuamente al paciente por si aparece palidez,sudor, hormigueo, cambios del nivel de conciencia.
- Colocar apósito en la zona de punción.
- Mantener al paciente en reposo absoluto el tiempo prescrito.
- Vigilar las constantes vitales cada 30 minutos las 2 primeras horas.
- Colocar al paciente en decúbito supino tras el procedimiento.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

Las posibles complicaciones de la punción lumbar: punción hemorrágica, infecciones (meningitis) y síndrome postpunción transitorio (cefalea, lumbalgia y dolor radicular).

16.4. COLABORACIÓN EN LA PARACENTESIS

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera junto con el médico para realizar una paracentesis al paciente.

• Objetivos:

- Evacuar la cavidad abdominal parcial o totalmente del líquido ascítico.

- Obtener muestra del líquido de la cavidad abdominal del paciente con fines diagnósticos.

• Equipo:

- 2 Paños estériles.
- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.

• Material:

- 2 agujas intramusculares e intravenosas.
- 2 ampollas de anestésico local.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- 1-2 jeringas de 5-10 c.c.
- Tubos para la analítica.
- Equipo inyector de suero.
- Botella estéril graduada.
- Catéter periférico.
- Impreso de petición prueba analítica del líquido ascítico.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Tranquilizar al paciente.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar que el paciente y familia ha recibido la información médica sobre el procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Pedirle al paciente que orine, si no puede valorar la necesidad de sondaje vesical.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o decúbito supino.
- Medir la tensión arterial.
- Pedir al paciente que no se mueva y que respire lentamente.
- Preparar campo estéril y depositar el material necesario en él.
- Colocarse guantes no estériles.
- Aplicar solución antiséptica en la zona a puncionar.
- Ayudar al médico durante el procedimiento.

- Preparar tubos estériles para recoger la muestra de líquido ascítico, si precisa.
- Vigilar velocidad de salida del líquido y sus características, si la paracentesis es evacuadora.
- Controlar tensión arterial durante la evacuación y al finalizar.
- Colocar apósito en la zona de punción.
- Vigilar periódicamente si el apósito se mancha, valorar cantidad y color del líquido drenado.
- Cambiar el apósito si precisa.
- Mantener al paciente en la cama y comenzar la deambulación de forma progresiva.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

Valorar al paciente tras el procedimiento por si aparece hemorragia.

ANEXOS

Estructura de los procedimientos del Manual

Bibliografía

Listado de Abreviaturas

ESTRUCTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL MANUAL

- **Esquema general de los procedimientos:**

1.Título.
2. Definición del procedimiento.
3. Objetivos del procedimiento.
4. Equipo necesario para el procedimiento.
5. Material necesario para el procedimiento.
6. Procedimiento.
7. Observaciones.

- **Título:**

Breve descripción de lo que se va a realizar.

- **Definición del procedimiento:**

Es una descripción técnica y teórica del procedimiento, expresado con la mayor claridad y sencillez posible.

- **Objetivos del procedimiento:**

- Los verbos han de ir en infinitivo.
- El primer objetivo que aparezca debe ser un objetivo general. Si aparecen más, éstos serán los objetivos específicos.
- Al final si procede, es conveniente utilizar objetivos de educación sanitaria o para la salud.
- Este apartado debe describir el propósito o fin del procedimiento de enfermería, así como el porqué del procedimiento.

- **Equipo:**

Enumeración del material no fungible o inventariable para llevar a cabo el procedimiento.

- **Material:**

Enumeración del material fungible o desechable que se precisa para realizar el procedimiento.

En los procedimientos que por sus características presenten menos variabilidad, se especificará la cantidad exacta de material necesario. Ejemplo:“5 jeringas de 10 ml”

▪ **Procedimiento:**

Explicación secuencial de los pasos a seguir en el procedimiento y adaptada a la situación real de la asistencia sanitaria.

Los verbos han de enunciarse en infinitivo.

La estructura general de este apartado será:

- Descripción de la preparación del material y del profesional de enfermería.
  a) Preparar el material y trasladar a la habitación del paciente.
  b) Lavarse las manos.
  c) Colocarse los guantes.
- Descripción de la preparación necesaria del paciente para llevar a cabo el procedimiento:
  a) Preservar la intimidad del paciente.
  b) Proporcionar información al paciente y familia del procedimiento a seguir.
  c) Solicitar la colaboración del paciente o familia si procede.
  d) Acomodar al paciente en la posición adecuada para la realización del procedimiento.
- Descripción del desarrollo de la técnica.
- Final del procedimiento:
  a) Colocar al paciente en la posición más adecuada.
  b) Recoger el material utilizado.
  c) Retirarse los guantes.
  d) Realizar lavado de manos.
- Registro del procedimiento en la documentación de enfermería:
  a) Tipo de procedimiento realizado.
  b) El motivo.
  c) Fecha y hora de realización.
  d) Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
  e) Respuesta del paciente al procedimiento realizado.

▪ **Observaciones:**

Reflejará todos aquellos aspectos a tener en cuenta en el procedimiento, que no se refieren a ninguno de los anteriores apartados. Ejemplo: complicaciones potenciales, aspectos sociales o psicológicos a tener en cuenta, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Teixidór Sánchez, V. Protocolización de actividades asistenciales: Plan de cuidados de enfermería. Rev. Informática y salud, nº 16, Mayo-junio 1998

2. Cardoner, S. Normas ¿Están desarrolladas sus metodologías de elaboración?. Disponible en: *www.adeci.org.ar/educacion/normas.htm*

3. Lluncor, M. Et al. Diseño de protocolos y guías metodológicas de atención de enfermería. Disponible en: *http://usuarios.lycos.es/cepregional3/c_guias_metodologicas.htm*

4. Protocolos de enfermería. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Disponible en: *www.huva.es/enfermeria/protocolos/prt01001.html*

5. Guirao Goris, A.,Camaño Puig, R., Cuesta Zambrana, A. Diagnóstico de enfermería. Categorías, Formulación e investigación. Ed. Ediversitas, 2001.

6. Manual de procedimientos. Área Hospitalaria de Valme. Servicio Andaluz de Salud. Ed. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla 2001.

7. Manual de Procedimientos de enfermería. Servicio Valenciano de Salud, 1991.

8. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 3ª Ed. Harcourt. Madrid. 2001.

9. Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 6th edition, St Louis, 2001, Mosby. Reprinted with permission. Copyright, Mosby.

10. Swearingen, P.L. Ross, D.G. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Intervenciones Enfermeras y Tratamientos Interdisciplinarios. 4ª Ed. Harcourt. Madrid. 2000.

11. Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.

12. Navarro J.,de Haro S.,Orgiler P. y Vera C. Guía práctica de Enfermería en el paciente crítico. Ed. CECOVA.Alicante 2000.

13. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Reina Sofía de Córdoba. Ed.Servicio Andaluz de Salud. Córdoba 2001.

14. Joanne C. La Roca. Shirley E. Otto. Guía Clínica de Enfermería. Terapia intravenosa. 2 ed. Pocket Guide.

15. Aplicación de apósitos y terapia coadyuvante en cura de úlceras. Ed. CECOVA. Alicante, 2000.

16. Estebán de la Torre A.,Portero Fraile M., Técnicas de enfermería. 3ª Ed. Ed. Rol S.A., Barcelona 1993.

17. Fernández Molina M.A. Traumatología para enfermería. Manual de Urgencias. Ed. Conselleria de Sanitat. Serie Manuals nº 15, Valencia 1992.

18.Fundamentos prácticos en la práctica enfermera. Serie enfermería actual Ed. Fuden, Madrid 2001.

19. Bonmatí E., Izquierdo N., Picó A., Guilabert A., Mora M.J., Favieres L., Climent A., Tebar A., Sellés R., González M., Martín M. Temperatura corporal: el termómetro de mercurio, alternativas actuales y fiabilidad de sus métodos. Trabajo presentado en las 7ª Jornadas de Divulgación de trabajos científicos del Hospital General Universitario de Alicante en 2001.

20. Manual de recomendaciones para el manejo y cuidados del reservorio subcutáneo en Atención Primaria y Especializada. Servicio de oncología médica del Hospital General Universitario de Alicante y unidad de calidad y formación del área 18. Alicante 2002.

21. Payá Pérez B.Manual de enfermería. Prevención y tratamiento de la úlceras por presión en el Hospital General Universitario de Alicante. Ed. Hospital General Universitario de Alicante.1999.

22. Beare P., Myers J. Principios y práctica de la Enfermería Médico quirúrgica. 2ª Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1995.

23. Knight macheca, M.K. Enfermería Clínica: Técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid 1999.

24. Dossier, Erb Olivieri. Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1993.

25. Jiménez MR., Gónzalez E., Laureano R., Lobatón A. Úlceras por decúbito. Valoración por escala de Norton. Rev. Enferm IMSS 2002;10(2):89-91.

26. Sobre la definición de paciente de riesgo, está sacado del Grupo de Expertos del PAPPS. Atención Primaria 2001/Volumen 28. Supl.2. Noviembre.

27. Handley A.J., Monsieurs K.G.y Bossaert L.L. Recomendaciones 2000 del European Resucitation Council para el soporte vital básico en adultos. Med Intensiva 2001; 25:344-350.

28. Monsieurs K.G, Handley A.J. y Bossaert L.L. Recomendaciones 2000 del European resuscitation Council para la desfibrilación externa automática. Med. Intensiva 2001; 25:351-353.

29. Latorre F., Nolan J., Robertson C., Chamberlain D., Baskett P. Recomendaciones 2000 del European Resucitation Council para un soporte vital avanzado en adultos. Med. Intensiva 2001; 25:354-364.

30. Rumbo Prieto J.Mª:, Arantón Areosa L., Martínez Moar L., Pérez Iglesias J.R., Pereira Becerro J., Rodeño Abelleira A. Reanimación cardiopulmonar: aptitud básica ante una parada cardiorrespiratoria en embarazadas. Emergencias 2002; 14:182-189.

31. Hernández Gálvez A., González Monte C., Borrás Moliner M.J., Vanaclocha H., Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.

LISTADO DE ABREVIATURAS

c.c.	Centímetros cúbicos
cm	Centímetro
CVC	Catéter Venoso Central
FC	Frecuencia cardiaca
FR	Frecuencia respiratoria
ºC	Grados Celsius
g	Gramos
HTA	Hipertensión arterial
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso
mm	milímetros
mmHg	Milímetros de mercurio
ml	Mililitros
min	Minutos
NPT	Nutrición parenteral total
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAS	Presión Arterial Sistólica
PAD	Presión Arterial Diastólica
PI	Pérdidas insensibles
PVC	Presión venosa Central
SC	Subcutáneo
s	Segundos
SNI	Sondaje nasointestinal
TA	Tensión arterial
UPP	Úlcera por presión

Edita: SATSE. Sindicato de Enfermería
Cuesta de Santo Domingo, 6 - 28013 Madrid
Tfno.: 91 542 93 93 - Fax.: 91 542 20 68
www.satse.es - e-mail: satse@satse.es
Impreso en Rivadeneyra, S.A.
D. Legal: M-5788-2004
ISBN.: 84-89174-83-0

Queda prohibida cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

Nueva legislación del sistema sanitario

análisis y comentarios

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 9

INTRODUCCIÓN 11

LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- COMENTARIOS AL TEXTO ARTICULADO 17

LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

- COMENTARIOS AL TEXTO ARTICULADO 55

- VALORACIÓN SINDICAL 109

LEY DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- COMENTARIOS AL TEXTO ARTICULADO 133

- VALORACIÓN SINDICAL 201

ANEXOS

- LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS 239

- LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS . . . 281

- LEY DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD 313

APÉNDICES

- ÓRGANOS DECISORIOS Y CONSULTIVOS

. Organigrama General 357

. Órganos decisorios y consultivos de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS 358

. Comisión de Recursos Humanos del SNS. Composición y funciones 359

. Foro Marco para el Diálogo Social. Composición y funciones . .360

. Foro Profesional. Composición y funciones 361

. Comisión Consultiva Profesional. Composición y funciones . . .362

- CUADROS RESUMEN

. Desarrollo Profesional. Carrera Profesional 363

. Ley del Estatuto Marco 368

ABREVIATURAS 381

PRESENTACIÓN

El año 2003 pasará a los anales de la historia no sólo por la conmemoración de los primeros XXV años de la Constitución Española, sino también como aquel en el que se aprobaron algunas de las normas fundamentales del sistema sanitario dando, por lo tanto, cobertura definitiva a la construcción de una sanidad en la que prima la protección de la salud con un espíritu universal, solidario y equitativo para todos los ciudadanos del Estado autonómico español.

Con la aprobación por las Cortes Generales de leyes como la de Cohesión y Calidad del SNS, la de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud recobra su máximo esplendor la Ley General de Sanidad, marco fundamental para superar las dificultades que acechan al Sistema Nacional de Salud con el paulatino envejecimiento de la población, la asimilación de los movimientos migratorios, los cambios que introducen las nuevas tecnologías y los descubrimientos en investigación y desarrollo, la adaptación a las nuevas infraestructuras sanitarias, los modelos de cuidados y especialización y el nuevo mapa de bienestar socio-sanitario que surgirá con la aprobación definitiva de la Constitución de la Unión Europea.

En el nuevo escenario de colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas, surgido con la publicación durante el año 2003 de estas tres leyes básicas para la sanidad y para los profesionales en Ciencias de la Salud, nuestro libro *Nueva legislación del sistema sanitario. Análisis y comentarios* pretende ser una herramienta útil que ayude a comprender al personal de enfermería y a los profesionales sanitarios en general, los cambios y novedades que estas normas han introducido en el sistema sanitario, muy especialmente en lo relativo a sus condiciones laborales y profesionales.

Durante su redacción hemos puesto todo nuestro empeño en conseguir el objetivo pretendido. Sinceramente, y en nombre del Sindicato de Enfermería, espero que hayamos sido capaces de ello, cumpliendo así con nuestro compromiso de acercar y explicar a los profesionales sanitarios la realidad que más directamente les afecta y la postura que esta realidad merece a SATSE como sindicato profesional.

Víctor Aznar
Presidente SATSE

INTRODUCCIÓN

El origen del sistema sanitario público español lo encontramos en los seguros sociales obligatorios que se instauraron a principios del siglo XX, concretamente en 1900 y se organizaron a partir de 1919.

Estos seguros se limitaban a cubrir los estados de necesidad e infortunio de los trabajadores y su modelo de funcionamiento estaba muy cercano al de los seguros privados.

El tránsito de los seguros sociales (o mutualismo obrero) al sistema de Seguridad Social, supuso el cambio de un régimen de protección de los trabajadores para determinados riesgos sociales a otro más amplio y solidario donde, además de cubrirse un determinado riesgo social, se implantaron varias medidas preventivas y recuperadoras y el principio de solidaridad, a nivel nacional, se va instaurando progresivamente.

La evolución de un sistema a otro se inició con la Ley 193/1963, de Bases de la Seguridad Social y culminó con la entrada en vigor de su texto articulado aprobado mediante Decreto 907/66, de 21 de abril, que fue refundido en el año 1974 y que ha estado vigente hasta el actual texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1994, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

En lo relativo a la gestión de la sanidad, el paso de un sistema a otro significó la creación de un patrimonio único de titularidad pública gestionado por diversas entidades gestoras, como el Instituto Nacional de Previsión (INP) y otras gestoras de estructura mutualista.

Años más tarde, concretamente mediante Real Decreto de 4 de julio de 1977, se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (hoy Ministerio de Sanidad y Consumo) y en 1978 se simplifica y racionaliza la gestión de la Seguridad Social. A tal efecto se dicta el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, que supuso la desaparición del INP y otras mutualidades y la creación, entre otros órganos, del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) como órgano gestor de las funciones correspondientes al Estado en materia de salud.

También en 1978 se promulga la Constitución Española (CE) que, de forma definitiva, configuró el sistema sanitario público como un derecho constitucional, que comprende un conjunto de prestaciones no contributivas para todos los ciudadanos, basado en los principios de solidaridad, universalidad y equidad. Así se desprende de algunos de sus artículos, como el 41, según el cual los poderes públicos están obligados a mantener "un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad" y el 43, que reconoce el derecho a la protección de la salud,

correspondiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Pero la organización territorial y política descentralizada del Estado, propugnada y defendida desde el propio texto constitucional, concretamente en su artículo 2 y Título VIII -que prevé y reconoce qué competencias pueden asumir las CC.AA (artículo 148.1) y cuáles puede asumir de forma exclusiva el Estado (artículo 149.1)-, ha sido también decisiva en la configuración del sistema sanitario.

En este sentido, el artículo 149.1.16ª y 17ª de la CE atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre "las bases y coordinación general de la sanidad, la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas".

En consonancia con lo anterior, la competencia en materia de sanidad y seguridad social está compartida entre el Estado (que es el competente para todo aquello que sea coordinación, legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social) y las comunidades autónomas, que pueden asumir el desarrollo legislativo de la legislación básica del Estado y la gestión de los servicios de la seguridad social.

El modelo sanitario descentralizado perfilado por el texto constitucional empezó a cobrar efectividad con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), compuesto por el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas y caracterizado, entre otros extremos, por:

- Extender todas las prestaciones y servicios sanitarios a la población.

- Coordinar, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.

- Prestar una atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

La asunción progresiva de competencias en materia de gestión sanitaria por parte de las CC.AA., ha permitido un tránsito progresivo de una sanidad centralizada, gestionada exclusivamente por el Estado a través del INSALUD, a una sanidad descentralizada gestionada, por lo general, por la comunidad autónoma a través del correspondiente servicio de salud y, excepcionalmente, por el Estado en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Sin embargo, y a pesar de esta descentralización, no se puede olvidar que el Sistema Nacional de Salud es un sistema único y que, por esta razón, debe de existir una conveniente coordinación y homogeneidad entre los servicios de salud que lo componen, de modo que el derecho constitucional a la protección pública de la salud sea idéntico y equitativo para todos los ciudadanos con independencia de su lugar

de residencia. Y a tal efecto, la determinación de las bases necesarias para garantizar la cohesión, coordinación y equidad del SNS es competencia exclusiva del Estado (articulo 149.1.16ªy 17ª de la CE).

La culminación a finales del año 2001 del proceso de transferencia sanitaria del Estado a los servicios de salud de las CC.AA. que hasta entonces aún no gestionaban en su respectivo territorio la seguridad social (Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, La Rioja, Murcia, Extremadura, Islas Baleares y Madrid), determinó la necesidad del Estado de dictar en el ejercicio de su competencia exclusiva, nuevas normas básicas -y por tanto de obligado cumplimiento para las CC.AA.- además de las ya existentes y en plena vigencia, mediante las cuales pretende reforzarse la armonización, coordinación y equidad que caracteriza nuestro SNS.

Y a tal efecto, en el BOE del 29 de mayo de 2003 se publicó la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; en el BOE del 22 de noviembre de 2003 se publicó la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias; y en el BOE del 17 de diciembre de 2003, se publicó la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

El análisis detallado de cada una de estas normas básicas estatales constituye el objeto de las siguientes páginas, por esta razón, basta ahora señalar de forma muy genérica que mediante la Ley 16/2003, de cohesión y calidad el legislador, entre otros objetivos, refuerza y reafirma la garantía del carácter público, gratuito y universal de las prestaciones sanitarias, asegurando al tiempo el acceso a las mismas de los ciudadanos, cualquiera que sea la comunidad autónoma donde residan. Así pues, son los usuarios del SNS los principales destinatarios de esta norma.

Mediante la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, se fijan los pilares básicos para sustentar de forma compacta, armónica y coordinada las condiciones de trabajo del personal estatutario del SNS, garantizándose así la homogeneidad del régimen jurídico básico de sus condiciones de trabajo con independencia del servicio de salud en el que presten sus servicios y la movilidad del personal estatutario por todo el SNS. El personal estatutario del SNS es, por tanto, el destinatario de esta norma.

Pero para que un sistema sanitario -público y privado- sea efectivo y eficaz, es necesario que su principal activo, esto es, sus profesionales sanitarios, estén suficientemente motivados e implicados en su funcionamiento; con este propósito se promulgó la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, que partiendo de un concepto amplio de ordenación, ordena y regula el ejercicio profesional, la formación y el desarrollo profesional de los universitarios en Ciencias de la Salud. Los profesionales sanitarios con titulo universitario en Ciencias de la Salud, con independencia de que estén o no adscritos al SNS, son los destinatarios de esta norma.

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Sumario

1 COMENTARIOS AL TEXTO ARTICULADO

1 COMENTARIOS AL TEXTO ARTICULADO

La organización territorial del Estado prevista en la Constitución Española (CE, en adelante) ha hecho posible que las Comunidades Autónomas asuman competencias sobre muy variadas materias.

En el ámbito sanitario, la asunción de competencias se hizo efectiva gracias a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS, en adelante), que configuró el Sistema Nacional de Salud (SNS, en adelante) integrado por un conjunto de estructuras y servicios públicos, gestionados por las CC.AA. y destinados a satisfacer algunos de los derechos previstos por el texto constitucional, concretamente,

a) un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos (artículo 41 de la CE),

b) que a su vez fuera capaz de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud pública a través de medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios (artículo 43 CE).

Transcurridos más de 16 años desde la entrada en vigor de la LGS, se hace necesario que los cambios sociales y asistenciales de los últimos años tengan su reflejo en el SNS que, en todo caso, deberá seguir inspirándose en los principios de solidaridad, equidad y calidad del servicio sanitario prestado a los ciudadanos.

Con este objetivo prioritario, se ha dictado la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, publicada en el BOE de 29 de mayo (BOE nº 128) y que entró en vigor el pasado día 30 de mayo de 2003. (Disposición Final Sexta de la Ley 16/2003).

La citada Ley (en adelante LCC), se compone de un total de 79 artículos, sistemáticamente colocados en doce Capítulos, uno de ellos Preliminar, y dieciocho Disposiciones, nueve de las cuales son adicionales, una es transitoria, dos son derogatorias y seis son finales.

La Exposición de Motivos que precede al texto articulado se divide en catorce apartados, a través de los cuales el legislador estatal justifica y resume los propósitos y contenidos de la LCC.

De la lectura de esta Exposición de Motivos, pueden extraerse, entre otras, las siguientes conclusiones:

1. Mediante la promulgación de la LCC se regularán nuevas acciones de coordinación y cooperación entre las Administraciones Sanitarias, con el objetivo común de garantizar:

- la equidad: acceso a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva,

- la calidad: mejor calidad asistencial incorporando al sistema todo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud,

- la participación ciudadana: tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales, como en la consideración a las expectativas que, como colectivo, tienen depositadas en el sistema sanitario.

2. La regulación de las prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, se configura como uno de los objetivos prioritarios de la LCC. Tal regulación se afronta desde diversas ópticas:

   - Se define lo que ha de entenderse por Catálogo de prestaciones sanitarias.

   - Se incorporan al Catálogo nuevas prestaciones sanitarias.

   - Se adoptan fórmulas para hacer efectivas las prestaciones incluidas en el Catálogo, a través de la Cartera de Servicios.

   - Se adoptan fórmulas para garantizar la seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo de acceso a las prestaciones sanitarias.

3. Se reordenan las competencias exclusivas del Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos.

4. Se considera a los profesionales de la sanidad como un elemento esencial en la modernización y calidad del Sistema Sanitario; de esta forma, y como medida de incentivación y reconocimiento a su trabajo, se esbozan determinadas cuestiones que tendrán que ser desarrolladas en la sede legal adecuada, como por ejemplo:

   - Cuestiones relativas a la planificación y formación de los profesionales de la sanidad.

   - Principios referentes al Desarrollo Profesional.

   - Creación de determinados órganos para garantizar la movilidad de los profesionales dentro del SNS.

5. Se ordena la actividad investigadora de los órganos de la Administración del Estado, y a tal fin se parte del principio de que la innovación de la base científica es esencial para el desarrollo de los servicios sanitarios.

6. Se encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo el establecimiento de un sistema de información sanitaria que garantice el funcionamiento cohesionado y con garantías del SNS, para lo cual es necesario que ese sistema de información:

   - Esté a disposición de la Administración Sanitaria del Estado y de las CC.AA.
   - Esté a disposición de los usuarios.

   Asimismo, y como parte integrante de este sistema de información, se regula la tarjeta sanitaria individual, como mecanismo para facilitar el acceso de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias y cuya gestión será competencia de las CC.AA.

7. Se perfilan los elementos que configuran la infraestructura de calidad del SNS, en concreto:

   - El conjunto de normas de calidad y seguridad.
   - Guías de práctica clínica y registros de buena práctica y acontecimientos adversos.
   - Planes de calidad del SNS.

8. Se prevé la elaboración de planes integrales de salud con el fin de fijar los criterios sobre los cuales se organizarán los servicios que atenderán las patologías de una forma integral.

9. Se regulan diversas medidas dirigidas a coordinar la actividad del Estado y de las CC.AA. en materia de salud pública y seguridad alimentaria.

10. Se crean determinados órganos, como cauce más adecuado para garantizar la participación de los ciudadanos y profesionales en el SNS.

11. Se potencian las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS, en adelante), como órgano coordinador entre las CC.AA. y la Administración General del Estado (AGE) y encargado de promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud.

12. Se racionalizan las funciones que la LGS atribuía a la Alta Inspección, y se le adjudican nuevas funciones.

Los propósitos que la LCC enuncia en su Exposición de Motivos, se desarrollan a lo largo de su texto articulado que, como ya hemos comentado, se sistematizan en un total de doce Capítulos y a cuyo comentario procedemos a continuación.

CAPíTULO PRELIMINAR

DISPOSICIONES GENERALES

Un total de seis artículos son los que componen este Capítulo Preliminar de la LCC, todos ellos destinados a enunciar el propósito general de la Ley, que no es otro que el establecimiento de un marco legal adecuado para el desarrollo de las acciones de coordinación y cooperación entre las Administraciones Sanitarias Públicas en aras a garantizar la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud. (Artículo 1 LCC).

Las materias que integran estas acciones de coordinación y cooperación, cuyo seguimiento se encomienda al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), y a la Alta Inspección, son las siguientes:

- Las prestaciones sanitarias.
- La farmacia.
- Los profesionales.
- La investigación.
- Los sistemas de información.
- La calidad del sistema sanitario.
- Los planes integrales.
- La salud pública.
- La participación de los ciudadanos y profesionales.

El ámbito en el que estas acciones han de desarrollarse es el de los servicios sanitarios de financiación pública.

En cuanto a los servicios sanitarios de financiación privada, el artículo 6 de la LCC encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo y a los órganos competentes de las CC.AA., en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de varias funciones, en concreto:

1. Ejercer una actividad de control en relación con las actividades de salud pública para que en estas instituciones privadas quede garantizado el derecho de información de los ciudadanos, así como la seguridad y la calidad de las prestaciones sanitarias.

2. Requerir de ellas la información necesaria para conocer su estructura y funcionamiento.

3. Colaborar con los programas de formación de los profesionales sanitarios y de investigación que en estas instituciones privadas eventualmente llegaran a realizarse.

De cualquier forma, y según la Disposición Adicional Tercera de la LCC, el ejercicio de estas competencias se entenderá sin perjuicio de las que, en virtud de los conciertos celebrados al amparo de la legislación específica para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, correspondan a las demás Administraciones públicas.

Por su parte, el artículo 3 de la LCC determina a los titulares del derecho a la protección de la salud y atención sanitaria:

- Todos los españoles y extranjeros en el territorio nacional que se encuentren en la situación prevista en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España.

- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, en los términos que establezca la normativa europea comunitaria y los tratados y convenios que se suscriban por España.

- Los nacionales de los Estados no miembros de la Unión Europea, en los términos que establezcan las leyes, los tratados y convenios suscritos por España.

Los derechos de los ciudadanos en el conjunto del SNS se enumeran en el articulo 4 de la LCC y son:

1. Derecho a disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso.

2. Derecho a recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en el tiempo máximo que al efecto se establezca.

3. Derecho a recibir por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del Catálogo de prestaciones del SNS en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.

La Disposición Adicional Segunda de la Ley aclara el régimen jurídico de la asistencia sanitaria de los trabajadores españoles desplazados en el extranjero al servicio de empresas españolas y del personal al servicio de la Administración pública en el extranjero. Sobre esta cuestión señala que las previsiones contenidas en la LCC les serán de aplicación, sin perjuicio de lo que establezca expresamente la normativa que regula esta situación.

CAPÍTULO I

DE LAS PRESTACIONES

Se estructura este Capítulo en un total de veintitrés artículos (del artículo 7 al 29), sistemáticamente colocados en tres Secciones, en concreto:

Sección 1ª. Ordenación de Prestaciones. (Artículos 7 a 19).

Sección 2ª. Desarrollo y Actualización de la Cartera de Servicios. (Artículos 20 a 22).

Sección 3ª. Garantías de las Prestaciones. (Artículos 23 a 29).

El principio general que inspira la regulación de las prestaciones se enuncia en el artículo 2.a) de la LCC, y según el cual:

"*Son principios que informan esta Ley:*

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad".

Sección 1ª

Ordenación de las prestaciones

La atención sanitaria que desde el SNS se presta a los usuarios, en condiciones de igualdad efectiva y calidad, se concreta a través de las prestaciones que se definen en el artículo 7 de la LCC como:

"*... los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos*".

Las prestaciones se integran en el Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención; y comprende las correspondientes a:

a) **Prestaciones de Salud Pública**. Aquellas que están destinadas a preservar, proteger y promover la salud de la población. (Artículo 11 LCC).

b) **Prestación de Atención Primaria**. La atención primaria conforma el nivel básico e inicial de la atención, y tiene por objeto garantizar la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente.

El catálogo de prestaciones de atención primaria comprenderá las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. (Artículo 12 LCC).

c) **Prestación de Atención Especializada**. La atención especializada tiene por objeto garantizar la continuidad de la atención integral al paciente una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

El catálogo de prestaciones de atención especializada comprende aquellas actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realice en este nivel. (Art.13.1 LCC).

d) **Prestación de Atención Sociosanitaria**. Que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales. (Artículo 14.1 LCC).

e) **Prestación de Atención de Urgencia**. Comprende la atención que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. (Artículo 15 LCC).

f) **Prestación Farmacéutica**. Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes reciban los medicamentos y productos farmacéuticos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Esta prestación se regirá por las previsiones contenidas en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre del Medicamento (artículo 16 LCC), algunos de cuyos preceptos han sido objeto de una nueva redacción por la Disposición Final tercera de la LCC, concretamente el referido al sistema de precios de referencia.

La nueva regulación del sistema de precios de referencia contenida en la D.F. 3ª de la LCC, tiene como consecuencia la derogación de varios artículos del Real Decreto 1035/1999, de 18 de junio, por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad. (Disposición Derogatoria Segunda de la LCC).

g) **Prestación Ortoprotésica**. Comprende el conjunto de elementos precisos o ayudas económicas que sean necesarias para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente. (Artículo 17 LCC).

h) **Prestación de Productos Dietéticos**. Comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria, para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario. (Artículo 18 LCC).

i) **Prestación de Transporte Sanitario**. Consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. (Artículo 19 LCC).

En cualquier caso, las prestaciones sanitarias del Catálogo:

- se harán efectivas por personal legalmente habilitado (articulo 9 LCC),
- se harán efectivas en centros y servicios, propios o concertados del SNS, salvo en situaciones de riesgo vital, y sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte (artículo 9 LCC),
- serán responsabilidad económica de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación económica (artículo 10 LCC),
- el acceso de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias del SNS se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual (artículo 57 LCC).

Sección 2ª

Desarrollo y actualización de la cartera de servicios

Las prestaciones sanitarias del Catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios, que se define en el artículo 20.1 de la LCC, como:

"*... El conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias*".

La cartera de servicios del SNS se aprobará, previo acuerdo del CISNS, mediante Real Decreto y se actualizará mediante Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En tanto se aprueba este Real Decreto, continuará manteniendo su vigencia el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (Disposición Transitoria única).

Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán aprobar sus carteras de servicios, en las que necesariamente deberá estar incluida y respetada la cartera de servicios del SNS. (Artículo 20.2 LCC).

El contenido de la cartera de servicios del SNS será igualmente garantizada por las mutualidades, entidades colaboradoras y mutuas con responsabilidades de cobertura a asistencia sanitaria pública, que también deberán asegurarse del cumplimiento de las garantías de accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad, información y tiempo que se prevén en los artículos 23 y siguientes de la Ley. (Disposición Adicional Cuarta).

Para incluir una determinada técnica, tecnología o procedimiento en la cartera de servicios, se tendrá en cuenta su eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica. (Artículo 20.2 LCC).

Cuando las características anteriormente señaladas de una técnica, tecnología o procedimiento se desconozcan, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a iniciativa propia o a propuesta de la correspondiente administración sanitaria, y previo acuerdo del CISNS, podrá autorizar su uso tutelado antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera de servicios del SNS.

El uso tutelado de la técnica, tecnología o procedimiento en cuestión, se realizará durante un periodo de tiempo limitado en centros expresamente autorizados para ello. Su financiación correrá a cargo del Fondo de Cohesión previsto en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas. (Artículo 22 LCC).

La exclusión de la cartera de servicios del SNS de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos tendrá lugar cuando en las mismas concurran alguna de las siguientes circunstancias (articulo 21.5 LCC):

- Que se evidencia su falta de eficacia, efectividad o eficiencia.
- Que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable.
- Que haya perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico.
- Que deje de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

Sección 3ª

Garantías de las prestaciones

Todos los usuarios del SNS tendrán derecho a acceder en determinadas condiciones a las prestaciones sanitarias previstas en la Sección 1ª del Capítulo I de la LCC, y para hacer efectivas estas condiciones, la Sección 3ª del citado Capítulo enuncia garantías de distinto signo, en concreto:

- **Garantía de accesibilidad**: el acceso a las prestaciones deberá hacerse en condiciones de igualdad efectiva. (Artículo 23 LCC).

- **Garantía de movilidad**: el acceso a las prestaciones deberá garantizarse con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentre en cada momento el usuario.(Artículo 24 LCC).

- **Garantía de tiempo**: con la excepción de las intervenciones quirúrgicas para transplantes de órganos y la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, el acceso a las prestaciones deberá de hacerse en un tiempo máximo.

  Los criterios marco para garantizar este tiempo máximo de acceso, se acordarán por el CISNS y se aprobarán mediante Real Decreto. (Artículo 25 LCC).

- **Garantía de información**: son dos las garantías que al efecto se establecen. (Artículo 26 LCC):

  1. Los servicios de salud están obligados a informar a los ciudadanos sobre:

     - sus derechos y deberes establecidos en la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y demás normas autonómicas,

     - prestaciones y cartera de servicios del SNS, así como los requisitos necesarios para acceder a éstos.

  2. El Ministerio de Sanidad y Consumo llevará un Registro general de centros, establecimientos y servicios sanitarios que permitirá a los usuarios conocer los centros, establecimientos y servicios de cualquier titularidad que estén autorizados por las CC.AA.

- **Garantía de seguridad**: se recogen en el artículo 27 de la LCC:

- Se designarán servicios de referencia, para aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos para cuya correcta utilización sea conveniente concentrar los casos a tratar.

Según el artículo 28.2 de la LCC, la designación de estos servicios se hará en el seno del CISNS, que también acordará el número necesario de éstos y su ubicación estratégica dentro del SNS.

En todo caso, las comunidades autónomas de Canarias y Baleares se considerarán como estratégicas dentro del SNS. (Disposición Adicional Octava LCC, en su redacción dada por ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social).

La financiación de estos servicios correrá a cargo del Fondo de Cohesión sanitaria, previsto en el artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que ha sido desarrollado por el R.D. 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria. (BOE nº 290, de 4 dic. 2002).

- Se impondrá el uso tutelado, para aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos respecto a los que no exista suficiente información para determinar su seguridad.

- En todo caso, las garantías mínimas de seguridad y calidad que las CC.AA exigirán para autorizar el funcionamiento, en su respectivo ámbito territorial, de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, se regularán por el Gobierno mediante una norma básica y de rango reglamentario.

  Esta previsión ya se ha hecho efectiva por el Gobierno que ha dictado el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (BOE nº 254, de 23 de octubre de 2003).

  Esta norma, que sigue los criterios fijados al respecto por el CISNS, establece cuantos requisitos mínimos sean necesarios para garantizar que el centro, establecimiento o servicio sanitario cuenta con los medios necesarios para desarrollar las actividades a las que va destinado.

  Las CC.AA. podrán complementar estos requisitos mínimos para los centros, establecimientos y servicios sanitarios ubicados en su ámbito territorial.

  Las garantías de seguridad previstas en este artículo, también son aplicables a los centros privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento. (Artículo 29 LCC).

- **Garantía de calidad**: el artículo 28.1 de la LCC autoriza a las CC.AA. para que adopten varias medidas para garantizar la calidad de las prestaciones sanitarias:

  - podrán realizar auditorias periódicas e independientes,

- velarán para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión en los términos que se establezcan,

- abordarán actuaciones para la humanización de la asistencia, mejorar la accesibilidad administrativa, y procurar la incorporación progresiva de la habitación individual,

- promoverán programas para la eliminación de barreras arquitectónicas en los centros y servicios sanitarios, de forma que se facilite su acceso a personas con discapacidad.

Las garantías de calidad previstas en este artículo, son también aplicables a los centros privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento. (Artículo 29 LCC).

CAPÍTULO II

DE LA FARMACIA

En este Capítulo se aborda la reordenación del ejercicio de las competencias exclusivas del Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos. Con esta reordenación el legislador estatal pretende dotar de una mayor calidad al sistema.

Se compone de Capítulo de dos Secciones:

- Sección 1ª. Organización y ejercicio de las competencias del Estado en materia de farmacia. (Artículos 30 a 32).

- Sección 2ª. Colaboración de las oficinas de farmacia. (Artículo 33).

Sección 1ª

Organización y ejercicio de las competencias del Estado en materia de farmacia

El contenido de esta Sección se resume en los siguientes puntos:

- El ejercicio de las competencias del Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de medicamentos de uso humano y veterinario y los productos sanitarios, corresponden al Ministerio de Sanidad y Consumo. (Artículo 30 LCC).

- El ejercicio de las competencias del Estado en materia de farmacia se ejercen por el Mº de Sanidad y Consumo a través de (Artículo 31 LCC):

  1) La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, cuyas funciones han sido ampliadas por la ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.

  2) La Agencia Española de Medicamentos, organismo autónomo que para el ejercicio de sus competencias contará con órganos de dirección, de control y de asesoramiento técnico-científico. (Artículo 32 LCC).

- El Mº de Sanidad y Consumo, junto con las CC.AA., acometerá acciones encaminadas al uso racional del medicamento, que comprenderá, entre otras (art. 31 LCC):

  1) Programas de educación sanitaria dirigidos a la población en general para la prevención de la automedicación.

  2) Programas de formación continua de los profesionales que les permita una constante incorporación de conocimientos sobre nuevos medicamentos.

Sección 2ª

Colaboración de las oficinas de farmacia

El principio general de esta Sección, se enuncia en el artículo 2 h) de la citada Ley, que impone la "*colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica*".

El marco y finalidad de esta colaboración se fija en el único artículo que compone esta Sección, que al respecto señala que la colaboración se hará efectiva mediante conciertos, a través de los cuales pretende garantizarse:

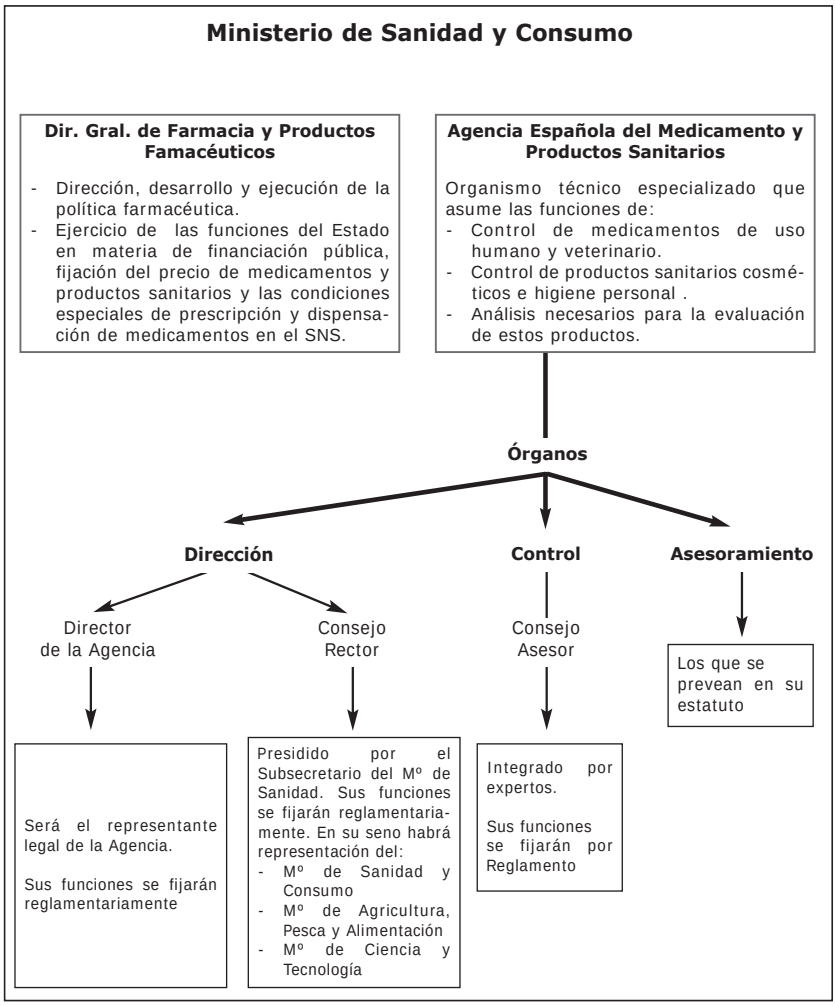
- la actuación coordinada de los farmacéuticos con los médicos y otros profesionales sanitarios

- que los productos farmacéuticos sean dispensados a los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva.

Para facilitar esta colaboración, la LCC recomienda la dispensación individualizada de medicamentos y la implantación de la receta electrónica.

El establecimiento de los criterios generales y comunes para el desarrollo de estos conciertos, se fijará por el Ministerio de Sanidad y Consumo previo acuerdo del CISNS.

En el cuadro que a continuación se inserta se pueden ver las competencias de los órganos del Estado en materia farmacéutica.



CAPÍTULO III

DE LOS PROFESIONALES

El artículo 2 f) de la LCC, enuncia el principio que ha de informar este Capítulo en los siguientes términos:

> "*La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud*".

Son dos las Secciones que componen este Capítulo:

Sección 1ª: Planificación y Formación de los Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. (Artículos 34 a 39).

Sección 2ª: Desarrollo Profesional y Modernización del Sistema Nacional de Salud. (Artículos 40 a 43).

Sección 1ª

Planificación y Formación de los RR.HH. del SNS

La formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deberán orientarse a la mejora de la calidad del SNS. (Artículo 34 LCC).

A tal efecto se crea la **Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud** (CRHSNS en adelante), y la **Comisión Consultiva Profesional** (CCP en adelante).

La **CRHSNS** será el órgano encargado de:

- Planificar y diseñar los programas de formación y modernización de los recursos humanos de SNS, para lo cual analizará las necesidades formativas que puedan dar respuesta a las demandas futuras de la atención sanitaria.

  En el ámbito de la formación de pregrado, la CRHSNS trasladará al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD, en adelante) y al Consejo de Coordinación Universitaria (CCU), los criterios para que los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos universitarios del ámbito de las Ciencias de la Salud, permitan conjugar la adquisición simultánea de conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan el trabajo en un equipo multiprofesional y multidisciplinar. (Artículo 36 LCC).

En el ámbito de la formación de postgrado, la CRHSNS supervisará los programas de formación que se propongan por las Comisiones Nacionales de cada Especialidad, así como el número de profesionales necesarios para cada convocatoria. (Artículo 37 LCC).

En el ámbito de la formación profesional, el CRHSNS colaborará con el MECD para adecuar los estudios de formación profesional a las necesidades de salud de la población. (Artículo 39 LCC).

- Definir los criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios.

La CRHSNS estará presidida por el Ministro de Sanidad y Consumo y su composición se ha regulado mediante el R.D. 182/2004, de 30 de enero (BOE nº 37 del 12 de febrero de 2004) que, en su artículo 2, respeta la previsión contenida en el artículo 35.3 de la LCC consistente que en su seno estén necesariamente representadas las CC.AA. y los Ministerios competentes.

Para facilitar su funcionamiento la LCC crea dos Foros de participación que dependerán de la CRHSNS, en concreto:

a) **Foro Marco para el Diálogo Social**: que será el ámbito de diálogo e información para promover el desarrollo armónico de las condiciones de carácter laboral.

   Está constituido por las Administraciones Públicas presentes en la CRHSNS y las organizaciones sindicales más representativas del sector sanitario.

b) **Foro Profesional**: que será el ámbito de diálogo e información sobre la formación de postgrado y continuada, y sobre los requisitos formativos, de evaluación y competencia de las profesiones sanitarias.

La **Comisión Consultiva Profesional** es el órgano de consulta en todos los ámbitos de la ordenación profesional y será órgano de apoyo de la CRHSNS.

Será un Real Decreto el que regule su composición, si bien en su seno necesariamente estarán presentes los representantes de los Consejos Nacionales de las especialidades sanitarias y de los Consejos Generales de las profesiones sanitarias.

Sección 2ª

Desarrollo Profesional y Modernización del SNS

La LCC configura el desarrollo profesional como uno de los aspectos básicos para la modernización del SNS.

El desarrollo profesional responderá a unos criterios comunes acordados por el CISNS sobre los siguientes ámbitos:

a) La formación continuada: el CISNS fijará los criterios comunes para ordenar las actividades de formación continuada, con la finalidad de garantizar la calidad en el conjunto del SNS. (Artículo 38 LCC).

b) La carrera profesional: es el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la que prestan sus servicios.

   La Ley de Estatuto Marco contendrá la normativa básica aplicable para la carrera profesional del personal del SNS, que será desarrollada por las CC.AA. (Artículo 41 LCC).

c) La evaluación de competencias: entendiéndose por competencia "*la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean*".

   Como ya hemos señalado, los criterios básicos para evaluar la competencia le corresponderá definirlos a la CRHSNS, sin perjuicio de las competencias de las CC.AA. (Artículo 42.1 LCC).

   Para que una entidad de carácter científico, académico o profesional esté autorizada para evaluar la competencia de los profesionales, deberá contar con la preceptiva acreditación.

   Sobre esta cuestión, el artículo 42.2 de la LCC, atribuye al Mº de Sanidad y Consumo y a las CC.AA., en el ámbito geográfico de sus respectivas competencias, la competencia para expedir la citada acreditación.

Para finalizar el Capítulo III, la LCC dedica el artículo 43 a la movilidad de los profesionales.

Como ya hemos tenido ocasión de señalar, la libre circulación de profesionales por todo el SNS es uno de los aspectos más importantes para su cohesión y, por esta

razón, la LCC regula como uno de sus principios inspiradores, el respeto al derecho que tienen los profesionales a moverse libremente por todo el SNS (artículo 2.f).

En garantía a esta movilidad, y con ello a la cohesión del SNS, el artículo 43 de la citada Ley establece:

- La necesidad de buscar un desarrollo armónico de los concursos de traslados convocados por los distintos servicios de salud.

- La habilitación concedida al Gobierno para que dicte una norma reglamentaria donde, y sin perjuicio de las competencias atribuidas a las Administraciones Sanitarias, se regulen los criterios básicos y las condiciones de las convocatorias de los profesionales.

En el ejercicio de esta habilitación, el Gobierno deberá seguir obligatoriamente el siguiente trámite formal:

Informe del Foro Marco para el Diálogo Social

↓

Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS

↓

Real Decreto del Gobierno regulando los criterios básicos y las condiciones de las convocatorias de los profesionales y de los órganos encargados de su desarrollo

↓

Publicación en el BOE

CAPÍTULO IV

DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es una materia en la que concurren competencias estatales con las autonómicas, por esta razón, en la Sección 1ª de este Capítulo (artículos 44 a 47) el legislador estatal se dedica a ordenar la actividad investigadora de los órganos de la Administración del Estado, mientras que, en la Sección 2ª (artículos 48 a 52), se precisan los cometidos del Instituto de Salud Carlos III.

Sección 1ª

La investigación en salud

Partiendo del principio de que la innovación de la base científica es esencial para el desarrollo de los servicios sanitarios, en el artículo 44 de la LCC se enuncian las materias de investigación que, sin perjuicio de las que sobre esta misma materia están atribuidas a las CC.AA, son competencia del Estado:

- El establecimiento de medidas para que la investigación científica contribuya, de manera significativa, a mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores.

- Garantizar que la actividad investigadora y de transferencia de resultados a la práctica clínica, se sustenta de manera demostrable.

- Velar para que en toda actividad investigadora queden garantizados los derechos de la sociedad, los pacientes y los profesionales.

- Incorporar la actividad científica del ámbito sanitario en el Espacio Europeo de Investigación.

- Facilitar que en toda la estructura asistencial del SNS, se puedan llevar a cabo iniciativas de investigación clínica.

La Ley no sólo delimita las competencias del Estado en materia de investigación, sino que también atribuye al Ministerio de Sanidad y Consumo responsabilidades en el ámbito de la investigación, y al respecto le encomienda la elaboración de la iniciativa sectorial de investigación en salud, siguiendo para ello las formalidades previstas en el artículo 45 de la LCC, y que se resumen en el siguiente cuadro:

Mº Sanidad y Consumo elabora una **iniciativa sectorial de investigación en salud,** previa consulta al CISNS.

Tomando en cuenta las propuestas y proyectos presentados por las CC.AA.

El Mº de Sanidad y Consumo, a través del Mº de Ciencia y Tecnología, propone la iniciativa a la **Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología**

La Comisión Interministerial discute la integración de la iniciativa en el **Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica.** (Plan Nacional de I+D+I)

Las actuaciones finalmente integradas en el Plan Nacional, podrán ser gestionadas por el Mº de Sanidad y Consumo, y en este caso, su ejecución se sujeta a las siguientes reglas:

- Estarán sometidas a un sistema de evaluación donde participarán expertos nacionales y extranjeros.
- Para su financiación el Mº de Sanidad hará uso de los instrumentos de financiación previstos en el propio Plan, sin perjuicio de la existencia de acuerdos de cofinanciación con entidades públicas y privadas.

Con el fin de lograr la máxima coordinación en el ámbito de la biomedicina, biotecnología y otras áreas de actuación relacionadas con el campo de la salud, la Ley ordena que las propuestas contenidas en la iniciativa sectorial de investigación en salud elaborada por el Mº de Sanidad y Consumo, estén coordinadas con las iniciativas que procedan de otros departamentos ministeriales con competencias en el ámbito de la investigación científica y desarrollo tecnológico. (Artículo 45.2 LCC).

Asimismo, y para fomentar la cooperación de la investigación sanitaria entre los sectores público y privado, se crea la Comisión Asesora de Investigación en Salud (artículo 46), que actuará en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo y será el órgano encargado de que la investigación en salud se realice siguiendo las normas de buena práctica científica y bioética (artículo 47 LCC).

Sección 2ª

Instituto de Salud Carlos III

El Instituto de Salud Carlos III, Organismo Autónomo de la Administración Central del Estado, adscrito al Mº de Sanidad y Consumo, fue creado por la LGS que, en su artículo 111 lo define como el

> "*órgano de apoyo científico-técnico del Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas*".

El artículo 112 de la LGS enumera las funciones del Instituto de Salud Carlos III, y entre éstas, está la prevista en su apartado 2.l), referida a la "investigación clínica".

Es precisamente a esta función a la que fundamentalmente se dedica esta Sección de la LCC, y así, en su artículo 48 reafirma y fomenta las funciones de este organismo autónomo en el ámbito de la investigación clínica.

A tal efecto, además del desarrollo de programas de investigación propios, se atribuye expresamente al Instituto de Salud Carlos III la función de fomentar y contribuir a la vertebración de la investigación en todo el SNS y para ello:

- Planificará la actividad investigadora de forma que sus planes de trabajo anuales se adecuen a los objetivos fijados en la iniciativa sectorial de investigación en salud.

- Deberá haber una participación de las CC.AA. en sus órganos de gobierno.

- Contribuirá a la vertebración de la investigación en el SNS, y para ello:

  - Deberá asociarse a los Centros de Investigación del SNS.

    Tendrán esta consideración aquellos que designe el Mº de Sanidad y Consumo a propuesta del Instituto de Salud Carlos III o de las CC.AA. (Artículo 49 LCC).

  - Acreditará Institutos de Investigación (que se configurarán mediante la asociación de centros de investigación acreditados) y redes de investigación cooperativa (formadas por los centros o grupos de investigación acreditados). (Artículos 50 y 51 de la LCC).

- Apoyará a la investigación a través de las distintas líneas de actuación previstas en el artículo 52 de la LCC.

CAPÍTULO V

DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

Otro de los elementos esenciales para el funcionamiento cohesionado del SNS, es la existencia de un sistema de información sanitaria, que se crea en este Capítulo de la LCC que se estructura en tres Secciones:

Sección 1ª: Sistema de información sanitaria. (Artículos 53 a 56).

Sección 2ª: Tarjeta Sanitaria Individual. (Artículo 57).

Sección 3ª: Instituto de Información Sanitaria. (Artículo 58).

Sección 1ª

Sistema de información sanitaria del SNS

Se crea el sistema de información sanitaria del SNS cuya gestión se encomienda al Mº de Sanidad y Consumo. (Artículo 53 LCC).

Con la creación de este sistema, pretende garantizarse la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Sanitarias y, en todo caso, su tratamiento deberá articularse de manera que permita cumplir las necesidades que a continuación se apuntan de los siguientes colectivos:

- Autoridades Sanitarias: tendrán información actualizada y comparativa de la situación y evolución del SNS, lo que favorecerá el desarrollo de políticas y la toma de decisiones.

- Profesionales: dispondrán de información sobre resultados de estudios, evaluaciones de medicamentos, análisis de buenas prácticas, guías clínicas, etc, lo que redundará en beneficio de sus conocimientos y aptitudes clínicas.

- Ciudadanos: podrán obtener información sobre sus derechos y deberes y sobre determinados riesgos de la salud, lo que les permitirá tomar decisiones sobre su estilo de vida. Se abre la posibilidad de que los ciudadanos formulen sugerencias sobre esta información.

- Organizaciones y asociaciones del ámbito sanitario: para fomentar la participación de la sociedad civil en el SNS, se informará sobre las asociaciones de pacientes y familiares, organizaciones no gubernamentales y sociedades científicas.

El sistema de información sanitaria también contendrá datos sobre las prestaciones y la cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada.

La información recogida en el sistema de información, será aportada por las CC.AA., la Administración General del Estado y las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

Además, y en los términos que acuerde el CISNS que en todo caso deberá de respetar la legislación existente en materia de protección de datos de carácter personal, la información del sistema de información estará a disposición de las Administraciones Públicas Sanitarias, los gestores, profesionales de la sanidad y ciudadanos.

Para dotar de efectividad al sistema de información, el Mº de Sanidad y Consumo pondrá a disposición del SNS una red segura de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información exclusivamente sanitaria. (Artículo 54 LCC).

En desarrollo de este precepto para la materia concreta de las listas de espera se ha aprobado el R.D. 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el SNS.

Sección 2ª

Tarjeta Sanitaria Individual

El artículo 57 de la LCC define la tarjeta sanitaria individual como:

> "*El documento administrativo que acredita determinados datos de su titular, en concreto:*
> - *datos básicos de identificación,*
> - *derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica,*
> - *servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria*".

La finalidad de este documento administrativo, que ha sido desarrollado mediante R.D. 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, es garantizar y facilitar a los ciudadanos el acceso a las prestaciones de atención sanitaria que proporciona el SNS y su gestión se encomienda a las CC.AA. en su respectivo ámbito territorial.

Las tarjetas individuales sanitarias deberán adaptarse al modelo normalizado que, en su caso, se establezca para el conjunto de las Administraciones públicas y el seno de la Unión Europea. En todo caso, los datos básicos incorporados en cada tarjeta deben permitir que su lectura y comprobación sea técnicamente posible en todo el territorio del Estado y para todas las Administraciones públicas.

Sección 3ª

Instituto de Información Sanitaria

Para que el sistema de información sanitaria previsto en este Capítulo sea viable, el legislador estatal, en el artículo 58 de la LCC, ordena la creación del Instituto de Información Sanitaria.

Para que la creación de este Instituto sea posible, la Disposición Final Cuarta de la LCC encomienda al Gobierno que, en el plazo de un mes a contar desde la entrada en vigor de la Ley, proceda a modificar la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Entre las funciones del Instituto estarán:

- Desarrollar las actividades necesarias para el funcionamiento del sistema de información sanitaria.
- Recabar, elaborar y distribuir la información que responda a las necesidades del SNS, con criterios de transparencia y objetividad, de acuerdo con las directrices del CISNS.
- Recabar datos procedentes de fuentes nacionales e internacionales, con el fin de completar la información intrínseca del SNS.

CAPÍTULO VI

DE LA CALIDAD

Entre los principios informadores de la LCC previstos en su artículo 2, está el que se refiere a la calidad de las prestaciones del SNS, que literalmente señala:

> "*a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad*".

Se compone este Capítulo de dos Secciones, en concreto:

Sección 1ª: Actuaciones en materia de calidad. (Artículos 59 a 62).

Sección 2ª: El Observatorio del Instituto Nacional de Salud. (Artículo 63).

Sección 1ª

Actuaciones en materia de calidad

Sin perjuicio de que la calidad del SNS es un objetivo que se persigue a lo largo del texto articulado, en el artículo 59 LCC se detallan los elementos que configuran la infraestructura de la calidad, en concreto:

- Normas de calidad y seguridad, que contendrán las guías de actuación de las instituciones sanitarias públicas y privadas.

- Indicadores, que son elementos estadísticos que permitirán comparar la calidad de diversos centros y servicios sanitarios de forma homologada.

- Guías de práctica clínica y de práctica asistencial, que son descripciones de los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

- Registro de buenas prácticas, que recogerá información sobre las prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor al actual.

- Registro de acontecimientos adversos, donde se recogerán aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente.

La elaboración y mantenimiento de los elementos de la infraestructura de calidad se atribuye a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, cuya creación se prevé en el artículo 60 de la LCC, como un órgano dependiente del Mº de Sanidad y Consumo.

Otra de las funciones de la Agencia de Calidad del SNS se prevé en el artículo 62 de la LCC, y consiste en la acreditación de las instituciones públicas y empresas privadas que reúnan los requisitos necesarios para considerarse como aptas para realizar auditorias externas y periódicas de la calidad y seguridad de los centros y servicios sanitarios.

También con el ánimo de garantizar la calidad del SNS, el artículo 61 de la LCC, encomienda al Mº de Sanidad y Consumo y a los órganos competentes de las CC.AA. la elaboración periódica de los planes de calidad del SNS.

Estos planes de calidad contendrán los objetivos de calidad prioritarios y se encomienda al Mº de Sanidad y Consumo que informe al Senado sobre su cumplimento.

Sección 2ª

El Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Finaliza este Capítulo con el artículo 63, donde se prevé la creación del Observatorio del Sistema Nacional de Salud, que se integrará en el Mº de Sanidad y Consumo y se encargará de proporcionar un análisis permanente del sistema, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas.

Para que la creación de la Agencia de Calidad del SNS y del Observatorio del SNS sea posible, la Disposición Final Cuarta de la LCC encomienda al Gobierno que, en el plazo de un mes a contar desde la entrada en vigor de la Ley, proceda a modificar la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo. A tal efecto se ha dictado el R.D. 1087/2003, de 29 de agosto, en cuyo artículo 14 se regulan ambos organismos.

CAPÍTULO VII

DE LOS PLANES INTEGRALES

Los planes integrales tienen por objeto establecer las bases y los criterios generales sobre la forma de organizar los servicios para atender determinadas patologías de forma integral en el conjunto del SNS, y determinar los estándares mínimos y modelos básicos de atención.

El contenido de los planes integrales se prevé en el apartado 2 del artículo 64 de la LCC, en concreto:

- Establecerán los criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral y semejante en el conjunto del SNS.

- Determinarán los estándares mínimos y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.

- Especificarán actuaciones de efectividad reconocida para orientar las prioridades de la investigación.

CAPÍTULO VIII

DE LA SALUD PUBLICA

En este Capítulo se abordan las actuaciones coordinadas del Estado y de las CC.AA. en materia de salud pública y seguridad alimentaria.

En materia de salud pública, son dos los instrumentos de coordinación entre el Estado y las CC.AA. que se establecen:

1.- La declaración de actuaciones coordinadas en materia de salud pública (artículo 65 LCC), cuyo establecimiento seguirá el procedimiento formal que a continuación se apunta:

Audiencia de las Comunidades Autónomas afectadas

↓

Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS

↓

Declaración por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo

La declaración de actuaciones coordinadas será obligatoria para todas las partes incluidas en ella y servirá para atender los supuestos previstos en el artículo 65 de la LCC, en concreto:

- Dar respuesta a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública.

- Dar cumplimiento a los acuerdos internacionales y a los programas derivados de las exigencias de la Unión Europea, cuando su desarrollo deba ser homogéneo en todo el Estado.

2.- El plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública (artículo 66 LCC):

Este Plan será establecido por el Estado y las CC.AA a través del CISNS, y con él se pretende promover actividades en materia de salud pública que complementen las realizadas por las Administraciones Autonómicas y Locales.

En materia de seguridad alimentaria, el artículo 65.3 de la LCC atribuye a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria la elaboración de la declaración de actuaciones coordinadas en seguridad alimentaria, y para ello deberá seguirse el

procedimiento establecido al efecto por la Ley 11/2001, de 5 de julio, por el que se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. (BOE 161, de 6 de julio de 2001).

CAPÍTULO IX

DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

En este Capítulo se regula la participación de los ciudadanos y profesionales en el SNS.

Esta participación se articula mediante el **Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud**, que es un órgano dependiente del Mº de Sanidad y Consumo y a través del cual se pretende ofrecer un cauce de comunicación permanente entre las Administraciones públicas sanitarias, los profesionales, las sociedades científicas, las organizaciones sindicales y empresariales y los consumidores y usuarios.

Actúa bajo tres formas distintas (articulo 67 LCC):

1) El Comité Consultivo.
2) El Foro Abierto de Salud.
3) El Foro Virtual.

1. **El Comité Consultivo**: es el órgano dependiente del CISNS a través del cual se hace efectiva, de forma permanente, la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el SNS.

   Estará presidido por el representante de la Administración del Estado, que será designado por el Ministro de Sanidad y Consumo, y formarán parte del mismo:

   - Seis representantes de las CC.AA.
   - Seis representantes de la Administración General del Estado.
   - Cuatro representantes de la Administración Local.
   - Ocho representantes de las organizaciones empresariales.
   - Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.

   Entre sus funciones está la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS.

2. **El Foro Abierto de Salud**: se constituirá, con carácter temporal, a convocatoria del Ministro de Sanidad y Consumo; entre sus funciones está el estudio, debate y formulación de propuestas sobre cuestiones específicas que, en un momento determinado, puedan tener impacto en el SNS.

   Su composición dependerá de los temas a tratar.

3. **El Foro Virtual**: este Foro se mantendrá a través de la red informática.

CAPÍTULO X

DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL

En este Capítulo, la LCC regula el régimen jurídico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que fue creado por la Ley General de Sanidad del año 1986.

El nuevo régimen jurídico que este Capítulo de la LCC prevé para este órgano, supone la derogación de las previsiones contenidas en el artículo 47 de la LGS.

El objeto y definición del CISNS la encontramos en el artículo 69 de la LCC, con el siguiente tenor:

> "*Es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del SNS a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado*".

Su composición es la siguiente (artículo 72 LCC):

- El Presidente, que será el Ministro de Sanidad y Consumo.
- El Vicepresidente, que será uno de los Consejeros de Sanidad de las CC.AA.
- Los Consejeros de Sanidad de las CC.AA.
- La Secretaría, que es el órgano de apoyo permanente al CISNS y su titular será propuesto por el Ministro de Sanidad y Consumo.

Las funciones del CISNS se detallan en el artículo 71 de la LCC que, después de señalar que este órgano es el principal instrumento de configuración del SNS, determina que en su seno se debatirán y en su caso, se emitirán recomendaciones sobre una serie de materias que se clasifican en cuatro grandes bloques:

1) Funciones relacionadas con la configuración del SNS, entre las que destacamos:

- El desarrollo de la cartera de servicios correspondiente al Catálogo de Prestaciones del SNS.
- Fijación de los servicios de referencia del SNS.
- Fijación de los criterios básicos y condiciones de las convocatorias de profesionales que aseguren su movilidad en todo el territorio del Estado.
- Los criterios marco que permitan garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS.
- Los criterios generales sobre financiación pública de medicamentos y productos sanitarios y sus variables.
- La definición de objetivos y estrategias de funcionamiento de los organismos y restantes estructuras de apoyo dependientes del CISNS.

2) Funciones de asesoramiento, planificación y evaluación del SNS:

- Elaboración de la memoria anual sobre el funcionamiento del SNS.
- Evaluación de las políticas de calidad implementadas en el seno del SNS.
- Elaboración de las líneas genéricas del programa formativo de los profesionales del SNS.
- La evaluación de las actividades y la formación de propuestas que permitan una planificación estratégica del sector faramacéutico, con el fin de que dichas actividades se adecuen a las necesidades del SNS y de los ciudadanos en materia de medicamentos y prestación farmacéutica.
- La memoria anual sobre el funcionamiento del SNS.

3) Funciones de coordinación del SNS:

- Elaboración de los criterios para la coordinación de la política general de recursos humanos del SNS.
- Elaboración de los criterios para coordinar los programas de control de calidad y seguridad de los medicamentos establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo y las CC.AA.

4) Funciones de cooperación entre el Estado y las CC.AA.:

- Establecimiento de los criterios generales para el desarrollo de programas que integren acciones de cooperación al desarrollo sanitario.

- Los acuerdos entre las distintas Administraciones sanitarias para conseguir objetivos de común interés de todos los Servicios de Salud.

También se reconoce al CISNS funciones de cooperación al desarrollo y, en este sentido, la Disposición Adicional Séptima de la LCC, encomienda a este órgano la elaboración de un catálogo de recursos a disposición de los programas de cooperación internacional, en coherencia con los valores de equidad y de lucha por la disminución de las desigualdades que inspiran el Sistema Nacional de Salud.

Para su funcionamiento, el CISNS acordará la creación de cuantas comisiones y grupos de trabajo considere necesarios para la preparación, el estudio y desarrollo de las cuestiones sometidas a su conocimiento.

Entre estas comisiones, el artículo 74 de la LCC reconoce y regula la existencia de la Comisión Delegada del CISNS, que estará integrada por:

- El Secretario General de Sanidad, que ejercerá las funciones de Presidente.

- Un representante de cada comunidad autónoma con rango de viceconsejero o equivalente.

- Un representante del Mº de Sanidad y Consumo, que actuará como Secretario.

La Comisión Delegada ejercerá las funciones y adoptará las decisiones que le sean delegadas por el CISNS, si bien y en cualquier caso, actuará como órgano de apoyo y discusión previa de cuantos asuntos hayan de ser sometidos al CISNS.

CAPÍTULO XI

DE LA ALTA INSPECCIÓN

Este último Capítulo de la LCC se dedica a regular la Alta Inspección en términos análogos a los previstos en su día por el artículo 43 de la LGS que queda expresamente derogado por la Disposición Derogatoria Primera de la Ley.

Con respecto a la regulación anteriormente existente, la LCC regula las funciones de la Alta Inspección de una manera más sistemática y ordenada, incorporando algunas funciones que son propias del Estado y que no se preveían por la LGS.

En este sentido, y según el articulo 76 de la LCC, la Alta Inspección se atribuye al Estado y su objeto es garantizar y verificar el cumplimiento de las competencias estatales y de las CC.AA. en materia de sanidad y atención sanitaria, de conformidad con lo establecido en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía y en las leyes.

Las funciones de Alta Inspección, que se detallan en el apartado 2 del artículo 76 de la LCC, se ejercerán por los órganos del Estado competentes en materia de sanidad, y en sus actuaciones podrán recabar de las autoridades del Estado, de las CC.AA. y demás Administraciones públicas, la colaboración que entiendan necesaria.

Cuando a consecuencia del ejercicio de la Alta Inspección se compruebe incumplimientos por parte de alguna comunidad autónoma, las autoridades sanitarias del Estado advertirán de esta circunstancia a través del Delegado de Gobierno en esa comunidad autónoma.

Si a pesar de esta advertencia continúa el incumplimiento, será el Gobierno de la Nación quién requerirá formalmente al órgano competente de la Comunidad Autónoma la adopción de las medidas oportunas para que el incumplimiento cese.

También es competencia de la Alta Inspección del Estado el establecimiento de mecanismos de coordinación y cooperación con los servicios de inspección de las comunidades autónomas, que fundamentalmente irán dirigidos a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público, cuando las razones de interés público así lo aconsejen. (Articulo 79 LCC).

La Alta Inspección del SNS elaborará con carácter anual una Memoria sobre el funcionamiento del Sistema que se presentará ante el CISNS para su debate. (Art. 78 LCC).

DISPOSICIONES ADICIONALES, TRANSITORIA, DEROGATORIAS Y FINALES

Como ya hemos señalado al inicio de este comentario, finaliza la LCC con un total de dieciocho Disposiciones, nueve de las cuales son adicionales, una es transitoria, dos son derogatorias y seis son finales.

Algunas de estas Disposiciones ya han sido analizadas con ocasión del comentario al texto articulado de la Ley, por lo que ahora nos limitaremos a analizar aquellas Disposiciones sobre las que aún no se ha hecho comentario alguno.

- **Disposición Adicional Primera.- Competencias del Estado en relación con Ceuta y Melilla.**

Mediante esta Disposición, el legislador nos aclara que las referencias que se hacen a "las competencias de las comunidades autónomas", se entenderán hechas al Estado en relación con las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

- **Disposición Adicional Quinta.- Fondo de Cohesión.**

Se enuncia en esta Disposición la finalidad del Fondo de Cohesión que no es otra que: "*garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca*".

- **Disposición Adicional Sexta.- Transferencia a las comunidades autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias.**

Ordena esta Disposición que los servicios sanitarios penitenciarios se transfieran a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud en el plazo máximo de dieciocho meses desde la entrada en vigor de esta Ley.

• **Disposición Final Primera.- Título competencial.**

Según se desprende de la D.F. 1ª, la LCC es norma básica estatal en su práctica totalidad.

Así tenemos que la mayor parte de sus preceptos son de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional, ya que se han dictado al amparo del artículo 149.1.1ª, 16ª y 17ª de la CE, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y régimen económico de la Seguridad Social.

Otros de sus preceptos, también de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional, se han dictado al amparo de otros apartados del articulo 149.1 de la Constitución, en concreto:

- los artículos 10 (financiación de las prestaciones sanitarias), 22.3 (uso tutelado del Fondo de Cohesión) y el último párrafo del artículo 28.2 (financiación de los servicios de referencia), también, se han dictado al amparo del apartado 14ª del citado artículo de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de Hacienda general, y ello sin perjuicio de los regímenes forales del País Vasco y Navarra,

- el Capítulo IV (De la Investigación), se dicta al amparo del apartado 15ª del citado artículo de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica.

El carácter básico de muchos de sus preceptos, implica que su desarrollo y ejecución por parte del Estado, las CC.AA. y las Autoridades Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberá hacerse con pleno respeto a su contenido.

Por el contrario, existen algunas disposiciones dispersas a lo largo de la LCC que carecen del carácter de normas básicas y que por tanto sólo son de obligado cumplimiento para la Administración General del Estado, en concreto:

- las disposiciones previstas en la Sección 1ª (Organización y Ejercicio de las competencias del Estado en Materia de Farmacia) del Capítulo II (De la Farmacia),

- las previsiones contenidas en el artículo 54, referidas a la Red de comunicaciones del SNS,

- las previsiones contenidas en el articulo 58, referidas al Instituto de Información Sanitaria,

- las previsiones contenidas en el articulo 60, referidas a la Agencia de Calidad del SNS,

- las previsiones contenidas en el articulo 63, referidas al Observatorio del SNS.

- la Disposición Adicional Primera sobre competencias del Estado en relación con Ceuta y Melilla.

- **Disposición Final Segunda.- Equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud.**

Esta D.F.2ª encomienda al Gobierno la creación de un órgano colegiado interministerial cuya función será informar, de forma preceptiva, sobre todos aquellos asuntos que tengan trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del SNS.

La citada Disposición también señala algunos trámites formales que ha de seguir el Informe emitido por órgano colegiado.

Y así se dispone que el Informe deberá de ser presentado ante el CISNS. El Ministerio de Hacienda también conocerá el contenido del informe y estará obligado a trasladarlo al Consejo de Política Fiscal y Financiera que será el competente para proponer, en su caso, las medidas necesarias para garantizar el equilibrio financiero del SNS.

Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

Sumario

1 COMENTARIOS AL TEXTO ARTICULADO

2 VALORACIÓN SINDICAL

1 COMENTARIOS AL TEXTO ARTICULADO

Entre los derechos y deberes de los ciudadanos enumerados en la Sección Segunda (Capítulo II del Título I) de la Constitución, está el consagrado en el artículo 36 que reconoce el derecho a que:

"*la Ley regule (...) el ejercicio de las profesiones tituladas.(...)*".

Sin embargo, el legislador constitucional no llegó a aclarar qué debe considerarse por "profesión titulada", ni cuál es el contenido mínimo y necesario que toda regulación legal de una profesión titulada debe contener.

Evidentemente, para afrontar la elaboración de cualquier Ley reguladora de las profesiones tituladas, es prioritario responder a estas cuestiones.

En la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, (LOPS en adelante), la respuesta la encontramos en el Preámbulo que precede al texto articulado; y así, después de reconocer el vacío legal existente y la necesidad de que las profesiones tituladas sanitarias se ordenen mediante una norma con rango de Ley, el legislador responde razonadamente a diferentes cuestiones básicas que, en definitiva, determinan el contenido y sentido de la norma que ahora nos ocupa.

Estas cuestiones son:

1. ¿Qué debe entenderse por profesión titulada sanitaria?

2. Entre todas las fórmulas posibles para ordenar el ejercicio de las profesiones tituladas, ¿cuál es la más adecuada para las pertenecientes a la rama sanitaria?

3. ¿Con qué amplitud debe definirse y regularse el ámbito competencial de las profesiones sanitarias tituladas?

Respecto a la primera cuestión, el concepto de "profesión" ha sido acuñado por la sociología, que reconoce como profesiones únicamente a aquellos grupos ocupacionales que cuentan con una serie de atributos, como la formación superior, la autonomía y capacidad auto-organizativa, el código deontológico y un espíritu de servicio.

No obstante el criterio sociológico, la tradición normativa y política de nuestro país sólo ha considerado como "profesión" aquélla que está normada desde el Estado bajo dos ámbitos: el educativo y el que regula las Corporaciones Colegiales.

Entre ambos criterios, el sociológico y el normativo-político, la LOPS opta claramente por el segundo a la hora de definir qué es una "profesión sanitaria titulada", y así, ya en su Preámbulo encontramos que las profesiones sanitarias tituladas se definen como:

> "*aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos*".

Respecto a la segunda cuestión, el legislador opta por promulgar una Ley específica y diferenciada para las profesiones sanitarias tituladas por dos razones de orden político:

1. La incidencia que el ejercicio de estas profesiones tiene en otros derechos constitucionales de los ciudadanos, como el derecho a la salud, a la vida, a la integridad física, a la intimidad personal y familiar, a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad.

2. La existencia de varias Directivas Comunitarias que deben ser respetadas por nuestro derecho interno, y que subordinan el acceso a las actividades profesionales sanitarias, a la posesión de los Títulos que en las Directivas se precisan.

Sobre la tercera y última cuestión, el legislador acoge una fórmula genérica y abierta a la hora de regular el ámbito competencial de las profesiones sanitarias tituladas.

Por esta razón, la LOPS no enumera las competencias de las profesiones sanitarias en una lista cerrada y exhaustiva, sino que el legislador, además de reconocer los muy relevantes espacios específicos de cada una de ellas, simultáneamente reconoce los crecientes espacios competenciales que son interprofesionalmente compartidos.

Se pretende con ello establecer las bases para que se produzcan pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, y que la práctica cotidiana de los profesionales se desarrolle en unas organizaciones crecientemente multidisciplinares, que evolucionarán de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.

Pero la LOPS no se limita a regular el ámbito competencial de las profesiones sanitarias tituladas, sino que abarca otras materias con las que se pretende fomentar la motivación de los profesionales sanitarios titulados, y la transparencia del servicio y prestaciones sanitarias, en aras a una mejor calidad y cohesión de nuestro Sistema Sanitario.

Pasando ya al texto articulado de la LOPS, publicada el día 22 de noviembre de 2003 (BOE núm. 280), y que entró en vigor el día siguiente al de su publicación (Disposición Final Tercera), diremos que se trata de una norma dictada por el Estado

en el ejercicio de las competencias que el artículo 149.1 de la Constitución le atribuye de forma exclusiva, con la consecuencia de que estamos ante una norma básica estatal en su totalidad, sin perjuicio de lo establecido en el Régimen Foral de Navarra (Disposición Final Primera).

Se estructura en un total de cincuenta artículos, ordenados sistemáticamente en seis Títulos, en concreto:

— Título Preliminar. "Normas Generales", artículos 1 a 3.

— Título I. "Del Ejercicio de las Profesiones Sanitarias", artículos 4 a 11.

— Título II. "De la Formación de los Profesionales Sanitarios", artículos 12 a 36.

Este Título se divide en cuatro Capítulos:

- Capítulo I. "Normas Generales", artículo 12.
- Capítulo II. "Formación Pregraduada", artículos 13 y 14.
- Capítulo III. "Formación Especializada en Ciencias de la Salud", artículos 15 a 32, organizados en Secciones:
  - Sección 1ª.- Objeto y Definiciones, artículos 15 a 18.
  - Sección 2ª.- De la estructura y la formación en las especialidades en Ciencias de la Salud, artículos 19 a 25.
  - Sección 3ª.- Estructura de Apoyo a la Formación, artículos 26 a 32.
- Capítulo IV. "Formación Continuada", artículos 33 a 36.

— Título III. "Del Desarrollo Profesional y su Reconocimiento", artículos 37 a 39.

— Título IV. "Del Ejercicio Privado de las Profesiones Sanitarias", artículos 40 a 46.

— Título V. "De la participación de los profesionales", artículos 47 a 50.

Se completa el texto articulado con un total de veinte Disposiciones, de las cuales, diez son adicionales, seis son transitorias, una es derogatoria y tres son finales.

TÍTULO PRELIMINAR

NORMAS GENERALES

Como ya hemos señalado, el legislador no regula el ejercicio profesional en un sentido restrictivo, sino amplio.

Así se desprende del artículo 1 de la LOPS que delimita el ámbito objetivo de aplicación de la Ley, o lo que es lo mismo, enumera los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas que se consideran como parte integrante del ejercicio profesional, y que por tanto, son objeto de regulación por la Ley.

De esta forma, y según el citado artículo, la LOPS regulará:

- El ejercicio por cuenta propia o ajena de las profesiones sanitarias. (Título I y IV).
- La estructura general de su formación. (Título II).
- El Desarrollo Profesional. (Título III).
- La participación de los profesionales en la planificación y ordenación de la profesión. (Título V).

El ámbito subjetivo de aplicación de la LOPS, se regula en el artículo 1 y Disposición Adicional Quinta, de manera que sus preceptos y disposiciones resultan de aplicación:

- a los profesionales sanitarios titulados que presten sus servicios profesionales en Centros Sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud,

- a los profesionales sanitarios titulados que desarrollen su ejercicio profesional, por cuenta ajena o propia, en el sector sanitario privado.

La definición de "***Profesiones Sanitarias Tituladas***" la encontramos en el primer párrafo del artículo 2 que literalmente dice:

> "*De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta Ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquéllas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en Colegios Profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos*".

Así pues, y como el legislador ya anunció en el Preámbulo, la definición de "profesión sanitaria titulada" no se basa en un criterio sociológico, sino en el criterio normativo-político que es el tradicionalmente utilizado por nuestro ordenamiento jurídico para definir las profesiones tituladas.

Y siguiendo este criterio, podemos decir que son dos los ámbitos que el legislador utiliza para que un conjunto de actividades sean consideradas como comprensivas de una profesión sanitaria y titulada, con la consecuencia de que su ejercicio podrá ser ordenado mediante una norma con rango de Ley de acuerdo con el articulo 36 de la Constitución:

Estos ámbitos en concreto son:

1. El educativo: la formación, pregraduada o especializada, debe dotar a los profesionales de conocimientos, habilidades y actitudes propias para la atención de la salud.

2. El organizativo: las profesiones han de estar organizadas en un Colegio Profesional oficialmente reconocido por los poderes públicos.

Las profesiones sanitarias tituladas se estructuran en distintos grupos, y a tal efecto, el articulo 2 de la LOPS emplea tácitamente los siguientes criterios:

a) **Criterio General**: Estructura y enumera las profesiones sanitarias atendiendo al nivel universitario (licenciado o diplomado) de la titulación que faculta para su ejercicio. (Artículo 2.2 LOPS).

b) **Criterio Residual**: Clasifica las profesiones sanitarias atendiendo a criterios no académicos, lo que permitirá que algunas actividades, a pesar de no estar enumeradas en el apartado 2 del artículo 2, puedan llegar a tener la consideración de profesiones sanitarias tituladas. (Artículo 2.3 y 4 LOPS).

Analizamos a continuación ambos criterios:

a) **Criterio General**: Considera automáticamente a determinadas profesiones como sanitarias y tituladas, por el simple hecho de la titulación universitaria habilitadora para su ejercicio profesional.

   Siguiendo este criterio, las profesiones sanitarias se agrupan en los siguientes Niveles:

   1. Nivel de Licenciado: (Artículo 2.2.a) LOPS):

      - Las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, Farmacia, Odontología y Veterinaria.

      - Las Especialidades para cuyo ejercicio es preceptivo, además de la correspondiente licenciatura, un título oficial de Especialista en Ciencias de la Salud.

En este sentido, el artículo 6.3 de la LOPS considera profesionales sanitarios titulados de nivel de licenciado a "*quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido (...) para Psicólogos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos u otros licenciados universitarios (...)*".

Por su parte, la Disposición Adicional Séptima de la LOPS añade otros profesionales sanitarios titulados a los previstos en el apartado 2.2.a) de la LOPS, en concreto:

- Los profesionales que, sin poseer el título académico de Licenciado, se encuentran habilitados, por norma legal o reglamentaria, para ejercer alguna de las profesiones previstas en dicho articulo.

- Los Licenciados en Ciencia y Tecnología de los Alimentos, cuando desarrollen su actividad profesional en Centros Sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud o por cuenta propia o ajena en el sector sanitario privado.

2. Nivel de Diplomado: (Artículo 2.2.b) LOPS):

   - Las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Podología, Óptica, Optometría, Logopedia, Nutrición Humana y Dietética.

   - Las Especialidades para cuyo ejercicio es preceptivo, además de la correspondiente Diplomatura, un título oficial de Especialista en Ciencias de la Salud.

Por su parte, el primer párrafo de la Disposición Adicional Séptima añade otros profesionales sanitarios titulados a los previstos en el apartado 2.2.b) de la LOPS, en concreto:

- Los Ayudantes Técnicos Sanitarios y demás profesionales que, sin poseer el título académico de Diplomado Universitario, se encuentran habilitados por norma legal o reglamentaria, para ejercer alguna de las profesiones previstas en dicho precepto.

  Respecto a los ATS, hemos de recordar que tienen los mismos derechos profesionales y corporativos que los DUE según el R.D. 111/1980, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería (BOE 20/1980).

b) **Criterio Residual**: Este criterio no atiende expresamente al nivel universitario del título, lo que permite que determinadas "actividades" sean considera-

das como "*profesión sanitaria titulada*", si bien para ello se exige que en el ejercicio de la actividad en cuestión, concurran determinadas circunstancias y se cumplan unas formalidades legales, en concreto:

- Circunstancias: que por las características de la actividad, resulte oportuno considerarla como "profesión sanitaria titulada" para:

  1. Mejorar la eficacia de los servicios sanitarios.

  2. Adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico.

- Formalidades legales:

  1) Que sea una norma con rango de Ley la que declare formalmente el carácter de profesión sanitaria titulada de esa concreta actividad.

  2) Que, en su caso, esa norma establezca el procedimiento para que el Ministerio de Sanidad y Consumo expida una certificación acreditativa que habilite para el ejercicio profesional de los interesados. (Artículo 2.4 LOPS).

Este criterio residual ya se hace efectivo y se emplea en la propia LOPS, y así, el segundo párrafo del artículo 2.3 reconoce, o mejor dicho, ratifica, la condición de profesión sanitaria a determinadas titulaciones del área de Formación Profesional de Segundo grado ordenadas mediante una norma con rango de Ley, en concreto, las previstas en el artículo 2 (Protésico Dental) y 3 (Higienista Dental) de la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la Salud Dental.

El artículo 3 se dedica a lo que denomina "***Profesionales del área sanitaria de Formación Profesional***".

A diferencia de lo que ocurre con el artículo 2 de la LOPS, dedicado íntegramente a los "*profesionales sanitarios titulados*" y cuyo fundamento (según menciona expresamente el propio artículo) reside en el artículo 36 de la Constitución, el artículo 3 de la LOPS, dedicado a los "*profesionales del área sanitaria de Formación Profesiona*l" descansa en el artículo 35 de la Constitución, según el cual:

> "*Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo*".

La específica mención del artículo 35 de la Constitución y no del 36 para el caso de los "*Profesionales del área sanitaria de Formación Profesional*", significa que estos titulados no merecen -a los efectos de la LOPS-, la consideración de "profesionales sanitarios titulados".

Por esta razón, y a diferencia de lo que ocurre con los profesionales numerados en el artículo 2, la LOPS en ningún momento regula el ejercicio profesional de los profesionales del área sanitaria de formación profesional, limitándose el apartado 4 del artículo 3 a señalar que "*ejercerán su actividad profesional sanitaria de acuerdo con las normas reguladoras de la formación profesional, de sus distintos niveles formativos y de su concreta titulación",* y siempre *"en el marco del respeto a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía propias de las profesiones sanitarias contempladas en los artículos 6* (licenciados sanitarios) *y 7* (diplomados sanitarios) *de esta Ley*"

Aunque la LOPS no regula el ejercicio profesional de los profesionales del área sanitaria de Formación Profesional sí los define y clasifica.

Su definición está en el artículo 3.1, que literalmente dice:

> "*De conformidad con el artículo 35.1 de la Constitución, son profesionales del área sanitaria de Formación Profesional quienes ostentan los títulos de Formación Profesional de la Familia Profesional Sanitaria, o los títulos o certificados equivalentes a los mismos*".

La clasificación de estos profesionales se contiene en los apartados 2 y 3 del artículo 3, empleándose tácitamente a tal fin los siguientes criterios:

a) **Criterio General**: atiende al nivel del grado formativo. (Artículo 3.2 LOPS).

b) **Criterio Residual**: se refiere a títulos de Formación Profesional que aún están por determinar. (Artículo 3.3 LOPS).

Veamos cada uno de estos criterios:

a) **Criterio General**: Los profesionales del Área Sanitaria de Formación Profesional se estructuran en los siguientes grupos:

1. De grado Superior: Quienes ostentan títulos de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología, Dietética, Documentación Sanitaria, Higiene Bucodental, Imagen para el Diagnóstico, Laboratorio de Diagnóstico Clínico, Ortoprotésica, Prótesis Dentales, Radioterapia, Salud Ambiental y Audioprótesis.

2. De grado Medio: Quienes ostentan títulos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en Farmacia.

b) **Criterio Residual**: Según este criterio, tendrán la consideración de profesionales del área sanitaria de Formación Profesional, los que posean títulos de Formación Profesional de la Familia Profesional de Sanidad, que en su día se incluyan por la Administración General del Estado en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

En todo caso, y para terminar este Título, es importante señalar que los criterios que la LOPS actualmente emplea para clasificar a las profesiones sanitarias tituladas (artículo 2) y a los profesionales del Área Sanitaria de Formación Profesional (artículo 3), no serán válidos cuando se haga efectiva la plena integración de España en el Espacio Europeo en Enseñanza prevista en el artículo 88 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades (LOU), y que a más tardar tiene que haber culminado en el año 2010.

Sin embargo, la LOPS ya se anticipa a esta circunstancia y, por esta razón, la Disposición Transitoria Tercera, bajo rúbrica genérica de "*Definición y estructuración de las profesiones sanitarias y de los profesionales del Área Sanitaria de Formación Profesional*", dispone que la definición y estructuración contenidas en los artículos 2 y 3 de la LOPS, se "*mantendrán en tanto se lleve a cabo la reforma o adaptación de las modalidades cíclicas a que se refiere el artículo 88 de la LOU*".

La citada Disposición también dispone que, una vez producida dicha reforma o adaptación, los criterios de definición y de estructuración de las profesiones sanitarias y de los profesionales del Área Sanitaria de la Formación Profesional "*serán modificados para adecuarlos a lo que se prevea en la misma*".

TÍTULO I

DEL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Es en este Título donde se ordena el núcleo esencial de las profesiones sanitarias tituladas previstas en el artículo 2 de la LOPS.

Comienza el Título en el artículo 4, dedicado a enumerar los principios generales en los que se ha de inspirar el ejercicio de una profesión sanitaria, tanto en el ámbito público como privado de la sanidad, e incluyendo, en este último caso, el ejercicio por cuenta propia y ajena.

Resumimos a continuación estos principios:

- Para ejercer una profesión sanitaria titulada, es necesario que el profesional esté en posesión del correspondiente título oficial o de la certificación acreditativa que le habilite para el ejercicio profesional (artículo 4.2 LOPS).

- Los profesionales sanitarios desarrollarán funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitaria (artículo 4.3 LOPS).

- También participarán activamente en proyectos que beneficien a la salud y el bienestar de las personas (artículo 4.4 LOPS).

- Su actuación estará guiada por (articulo 4.5 LOPS):

  - el servicio a la sociedad,
  - el interés y salud del ciudadano,
  - el cumplimiento de las obligaciones deontológicas, de los criterios de normo-praxis o de los usos generales propios de la profesión.

- A lo largo de su vida profesional realizarán una formación continuada y acreditarán regularmente su competencia profesional (artículo 4.6 LOPS).

- Ejercerán su profesión con autonomía técnica y científica, de acuerdo con los siguientes principios (artículo 4.7 LOPS):

  - Formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica única para cada paciente y común para cada Centro.

  - Unificación de los criterios de actuación en protocolos, que se utilizarán de forma orientativa.

  - Organización eficaz los Servicios, Secciones, Equipos y Unidades, para lo cual se escribirán las normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas para cada miembro.

  - La continuidad asistencial de los pacientes, lo que requerirá la existencia de protocolos y procedimientos para asegurar esta finalidad.

  - La progresiva interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los Equipos Profesionales en la atención sanitaria.

Los principios enunciados en el artículo 4 se desarrollan a lo largo de la LOPS, algunos de ellos en el propio Título I, que ahora comentamos.

De esta forma, el principio general enunciado en el artículo 4.3 que señala que los profesionales sanitarios desarrollarán sus funciones, entre otros ámbitos, en el relativo a la gestión clínica, se desarrolla en el artículo 10 de la LOPS que lleva por rúbrica genérica "*Gestión Clínica en las organizaciones sanitarias*".

Según este artículo, tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a (artículo 10.2 LOPS):

- La jefatura o coordinación de Unidades y equipos sanitarios y asistenciales.

- Las de tutorías y organización de la formación especializada, continuada y de investigación.

- Las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los Centros Sanitarios, dirigidos a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.

El ejercicio de las funciones de gestión clínica está sujeto a determinados factores, en concreto:

- se puede condicionar a criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación (artículo 10.1 LOPS),

- estará sometido a la evaluación del desempeño que tendrá carácter periódico y determinará la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones (artículo 10.3 LOPS),

- su desempeño será objeto del oportuno reconocimiento por parte del Centro, Servicio de Salud y Sistema Sanitario en la forma en que en cada Comunidad Autónoma se determine (artículo 10.4 LOPS).

Se puede comprobar que entre la relación de funciones que componen la gestión clínica, no se incluye la relativa a la Dirección de Centros Sanitarios.

Sobre esta materia -Dirección de Centros Sanitarios- el legislador dedica la Disposición Adicional décima, según la cual, las Autoridades Sanitarias correspondientes son competentes para:

- Regular los requisitos y procedimiento para la selección, nombramiento o contratación del personal de dirección de los Centros y Establecimientos Sanitarios.

- Regular los procedimientos de evaluación del desempeño de las funciones de dirección y de los resultados obtenidos.

  Esta evaluación tendrá carácter periódico y determinará la confirmación o remoción del interesado en sus funciones directivas.

Volviendo a la gestión clínica, diremos que el acceso a los puestos que llevan aparejados funciones de gestión clínica, se llevará a cabo por un procedimiento establecido, según corresponda, por las Administraciones Sanitarias, los Servicios de Salud o los órganos de gobierno de los Centros y Establecimientos Sanitarios.

En todo caso, en la elaboración de este procedimiento, participarán los profesionales sanitarios titulados.

El desarrollo y efectividad de otro principio general del artículo 4, concretamente aquél que señala que "*los profesionales sanitarios desarrollarán sus funciones en los ámbitos investigador y docente*", se plasma en el artículo 11 de la LOPS, dedicado íntegramente a la investigación y docencia como elementos esenciales para el progreso del Sistema Sanitario y de sus profesionales.

Dispone el citado artículo que toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará a disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y la docencia de los profesionales (artículo 11.1 LOPS) y, a tal fin, se exige una actuación coordinada entre las Administraciones Sanitarias y las Administraciones Educativas (artículo 11.2 LOPS).

Con el ánimo de promover la investigación y docencia, la LOPS autoriza la formalización de convenios y conciertos entre los titulares de los Centros Sanitarios y los Servicios de Salud con el Instituto de Salud Carlos III, otros Centros de Investigación públicos o privados u otras Instituciones que tengan interés en la investigación sanitaria (artículo 11. 2 y 3 LOPS).

Pasamos ahora al principio general enunciado en el apartado 7 del artículo 4 -según el cual el ejercicio de las profesiones sanitarias tituladas se llevará a cabo en equipos profesionales multidisciplinarios e interdisciplinarios-, y que se desarrolla en el artículo 9 de la LOPS, dedicado a las relaciones interprofesionales y trabajo en Equipo.

Según este artículo, la atención sanitaria se presta por un Equipo de Profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

El Equipo de Profesionales es la unidad básica que presta de forma efectiva y eficiente los servicios que le son requeridos (artículo 9.2 LOPS).

Para que los Equipos sean reconocidos y sus actuaciones sean apoyadas por los órganos directivos y gestores de las II.SS, es necesario que se constituyan y aprueben previamente en el seno de la correspondiente Organización o Institución (artículo 9.5 LOPS); no obstante lo anterior, la LOPS guarda silencio sobre cómo y en qué consistirá esta constitución y aprobación.

El Equipo se articulará de una manera jerarquizada o colegiada, atendiendo a criterios de conocimientos y competencia y, en su caso, al de titulación en función de

la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros (artículo 9.3 LOPS).

Dentro del Equipo de Profesionales, la LOPS autoriza la delegación de actuaciones, con dos condiciones: que estén previamente establecidas las condiciones conforme a las cuales dicha delegación deba producirse y que quien recibe la delegación esté objetivamente capacitado y, a ser posible, acreditado para realizar la actuación (artículo 9.4 LOPS).

Además de los principios generales inspiradores del ejercicio de una profesión sanitaria, la LOPS también enumera (artículo 5.1) los principios generales inspiradores de la relación de los profesionales entre sí y de éstos con los pacientes y, entre otros destacamos los siguientes:

- La atención sanitaria técnica y profesional de los profesionales se hará de acuerdo con los conocimientos científicos de cada momento.

- Los profesionales están obligados a hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo.

- Los profesionales están obligados a respetar la dignidad, intimidad y personalidad de las personas a su cuidado, que deberán participar en la toma de las decisiones que les afecten.

- Los pacientes tienen derecho a la libre elección de médico y a conocer el nombre, titulación y especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden.

Sin embargo, los derechos señalados en este último punto, podrán no resultar aplicables por motivos de seguridad pública. (Disposición Adicional Sexta de la LOPS).

Como garantía para el cumplimiento de estos principios, el apartado 2 del artículo 5 y el artículo 43 de la LOPS impone el establecimiento de varios Registros de Personal en concreto:

- Las Corporaciones Profesionales (Colegios Profesionales, Consejos Autonómicos y Consejos Generales), deberán llevar, en su ámbito correspondiente, un registro público de profesionales que estará a disposición de la población y de las Administraciones sanitarias.

  Estos registros permitirán conocer el nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio y otros datos de los profesionales que revistan el carácter de públicos.

- Los Centros Sanitarios públicos y privados y las Entidades de Seguros que operen en el ramo de la enfermedad, deberán llevar registros de profesionales que complementarán a los anteriores, en concreto:

  - Registros de profesionales sanitarios titulados con los que se mantengan contratos de prestación de servicios por cuenta propia o ajena.

  - Registro de personal médico, que tendrá por objeto garantizar el derecho a la libre elección de médico y mediante el cual se pondrá en conocimiento del usuario el nombre, titulación, especialidad, categoría y función de los médicos.

Sin embargo, y por motivos de seguridad pública, dichos registros podrán no tener la condición de públicos. (Disposición Adicional Sexta de la LOPS).

Los criterios generales y requisitos mínimos de estos registros serán establecidos por las Comunidades Autónomas, siguiendo al efecto las directrices fijadas por el Consejo Interterterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS en adelante), que es el órgano competente para acordar la integración de estos registros en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Además de estos registros, el artículo 32 de la LOPS prevé la existencia de otros como el Registro Nacional de Especialistas en Formación, el Registro Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud, etc, a los que aludiremos más adelante.

Las peculiaridades del ejercicio de las profesiones sanitarias tituladas en la organización sanitaria donde se prestan los servicios, se prevén en el artículo 8 de la LOPS que al respecto establece una regla general y varias particularidades.

Con carácter general, el ejercicio profesional se regirá por lo dispuesto en las normas reguladoras del vínculo entre el profesional y la organización sanitaria (artículo 8.1 LOPS).

Con independencia de lo anterior, se admiten las siguientes particularidades:

- Cuando varios Centros Sanitarios mantengan alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida, los profesionales podrán prestar servicios conjuntos en dos o más Centros, aún cuando mantengan su vinculación con un único Centro. (Artículo 8.2 LOPS).

- Cada tres años como mínimo, los Centros Sanitarios revisarán que los profesionales sanitarios de su plantilla ostenten la titulación, diplomas, certificados o credenciales profesionales necesarias, en orden a seguir prestando servicios de atención al paciente. (Artículo 8.3 LOPS).

- Cuando por la naturaleza jurídica de la relación el profesional tenga que actuar forzosamente en un asunto conforme a criterios profesionales diferentes de los suyos, podrá hacerlo constar por escrito, con la salvaguarda en todo caso del secreto profesional. (Artículo 8.5 LOPS).

Terminamos el comentario de este Título I con los artículos 6 y 7 que es donde la LOPS regula el núcleo esencial de la ordenación profesional de los profesionales sanitarios titulados.

Ambos artículos se dedican, específica y respectivamente, a regular el ámbito de competencias de las profesiones sanitarias tituladas clasificadas en el artículo 2.2 de la LOPS; en concreto, los Licenciados Universitarios (artículo 2.2 a)) y los Diplomados Universitarios en Ciencias de la Salud (artículo 2.2.b)).

La sistemática seguida a tal fin por el legislador es idéntica en ambos artículos y responde al guión que a continuación se enumera:

1. En primer lugar se determina el ámbito genérico de competencias de la profesión sanitaria titulada atendiendo a su nivel académico.

2. A continuación se regula el ámbito específico de competencias de cada una de las profesiones sanitarias tituladas.

3. Termina la regulación previendo la existencia de futuras titulaciones universitarias que en su día pueden ser reconocidas como profesiones sanitarias tituladas mediante una norma con rango de ley.

   Sobre esta cuestión, añade el legislador que esa norma será además la encargada de regular, para esa nueva profesión sanitaria, los aspectos básicos previstos en el artículo 1 de la LOPS.

Siguiendo la referida sistemática, a continuación analizaremos el ámbito de competencias que la LOPS reconoce para las profesiones sanitarias para cuyo ejercicio es necesario estar en posesión de una Licenciatura universitaria o una Diplomatura universitaria en Ciencias de la Salud:

a) **Licenciados Sanitarios** (artículo 6 LOPS):

1. Ámbito Genérico de actuación (artículo 6.1 LOPS): sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el proceso integral de atención a la salud, corresponde a los licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su título:

- La prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud.

- En su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso.

2. Ámbito Específico de actuación: son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel de Licenciado, las siguientes (artículo 6.2 LOPS):

   a) Médicos: realizar las actividades dirigidas a:

      - la promoción y mantenimiento de la salud,
      - la prevención de las enfermedades,
      - el diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes,
      - el enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

   b) Farmacéuticos: realizar las actividades dirigidas a:

      - la producción, conservación y dispensación de los medicamentos,
      - la colaboración en los procesos analíticos y farmacoterapéuticos,
      - la vigilancia de la salud pública.

   c) Dentistas: corresponde a los Licenciados en Odontología y a los Médicos Especialistas en Estomatología, sin perjuicio de las funciones de los Especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial:

      - las funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental,
      - la prevención, diagnóstico y tratamiento señalados en la Ley 10/1986.

   d) Veterinarios: corresponde a estos Licenciados:

      - el control de la higiene y de la tecnología en la producción y elaboración de alimentos de origen animal,
      - la prevención y la lucha contra las enfermedades animales, particularmente las zoonosis,
      - el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre pueden producir la vida animal y sus enfermedades.

3. Futuras Profesiones Sanitarias Tituladas: la norma que en su día declare como profesión sanitaria, titulada y regulada, con el nivel de Licenciado, a determinadas actividades profesionales, deberá delimitar igualmente su ámbito de competencias (artículo 6.3 LOPS).

b) **Diplomados Universitarios** (artículo 7 LOPS):

1. Ámbito Genérico de actuación (artículo 7.1 LOPS): sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el proceso integral de atención a la salud, corresponde a los diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su título:

   - La prestación personal de los cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención a la salud.

2. Ámbito específico de actuación: son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado, las siguientes (artículo 7.2 LOPS):

   a) Enfermeros: corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería:

      - La dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

   b) Fisioterapeutas: corresponde a estos profesionales:

      - La prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.

   c) Terapeutas Ocupacionales: les corresponde:

      - La aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.

   d) Podólogos: les corresponde:

      - Realizar actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina.

   e) Ópticos-Optometristas: les corresponde:

      - Desarrollar las actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental.

- La utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual.

- La adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas.

f) Logopedas: les corresponde:

- Desarrollar las actividades de prevención, evaluación y recuperación de los trastornos de la audición, la fonación y del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina.

g) Dietistas-Nutricionistas: les corresponde:

- Desarrollar actividades orientadas a la alimentación de la persona o de grupos de personas, adecuadas a las necesidades fisiológicas y, en su caso, patológicas de las mismas, y de acuerdo con los principios de prevención y salud pública.

3. Futuras Profesiones Sanitarias Tituladas: la norma que en su día declare como profesión sanitaria, titulada y regulada, con el nivel Diplomado, a determinadas actividades profesionales, deberá delimitar igualmente su ámbito de competencias (artículo 7.3 LOPS).

En definitiva y en lo relativo a la **enfermería**, podemos decir que, a tenor literal de la LOPS, el ámbito de competencias que legalmente se le reconoce es el siguiente:

Artículo 7:

1.- Les corresponde, en general, a los Diplomados en Enfermería, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propia de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

2.- Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de la Enfermería las siguientes:

La dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

TITULO II

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Como señala el artículo 1 de la LOPS, la estructura de la formación de los profesionales sanitarios titulados es un aspecto básico que integra su ejercicio profesional y, por esta razón, el Título II de la norma que ahora nos ocupa se dedica íntegramente a su regulación.

Estamos ante el Título más extenso y se divide en cuatro Capítulos, en concreto:

Capítulo I: Normas Generales (artículo 12 LOPS).

Capítulo II: Formación Pregraduada (artículos 13 y 14 LOPS).

Capítulo III: Formación Especializada en Ciencias de la Salud (artículos 15 a 32 LOPS).

Capítulo IV: Formación Continuada (artículos 33 a 36 LOPS).

Antes de comentar cada uno de estos Capítulos, es importante delimitar su ámbito subjetivo de aplicación, y al respecto señalamos que las previsiones contenidas en estos Capítulos del Título II de la LOPS, son aplicables a los profesionales sanitarios titulados en Ciencias de la Salud que ejercen en el ámbito de la Sanidad Pública o Privada y, en este último caso, bien sea por cuenta ajena o por cuenta propia.

Analizamos a continuación cada uno de los Capítulos de este Título.

CAPÍTULO I

NORMAS GENERALES

El único artículo -el 12- que compone este Capítulo, enumera los principios rectores de la actuación formativa y docente:

- La colaboración permanente entre las Administraciones Sanitarias y Educativas.
- La celebración de conciertos entre las Universidades y Centros Docentes de Formación Profesional y los Centros Sanitarios para facilitar la formación.
- La disposición de toda la estructura sanitaria para ser utilizada para la docencia pregraduada, especializada y continuada, y como centros de investigación científica.

- La actualización permanente de los conocimientos mediante la formación continuada, que se configura como un derecho de los profesionales sanitarios.

- El establecimiento, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos de los profesionales y del funcionamiento del sistema de formación.

CAPÍTULO II

FORMACIÓN PREGRADUADA

La colaboración permanente entre las Administraciones Sanitarias y Educativas prevista como principio general en el artículo 12 de la LOPS, cobra efectividad en el artículo 13 del citado texto, al dotar a un órgano de la Administración Sanitaria, concretamente a la Comisión de Recursos Humanos del SNS (CRHSNS en adelante), de importantes facultades en el ámbito educativo, en concreto:

- Informar preceptivamente sobre los Proyectos de Real Decreto por los que se establezcan títulos oficiales y directrices generales de los planes de estudios, cuando los títulos correspondan a profesiones sanitarias.

- Emitir un acuerdo previo al trámite que preceptivamente ha de seguirse para establecer nuevos títulos o su revisión, o para la incorporación de nuevas áreas de conocimiento en las directrices generales de los planes de estudio.

  Con la emisión de este acuerdo, se pretende lograr una mayor adecuación entre la formación de los profesionales sanitarios titulados y la realidad social.

Asimismo, como garantía a la calidad de la formación pregraduada y al acceso de los titulados al mercado de trabajo, la LOPS autoriza la adopción de las siguientes medidas:

1. Limitar el número de alumnos que accedan a la formación pregraduada en Ciencias de la Salud. (Artículo 13.3 LOPS).

2. Autorizar conciertos entre las Universidades y los Servicios de Salud, Instituciones y Centros Sanitarios para garantizar la docencia práctica de las enseñanzas de carácter sanitario.

   Los Centros e II.SS concertados podrán añadir a su denominación el adjetivo de "Universitario".

   Las bases generales de estos conciertos las fijará el Gobierno, a propuesta conjunta del MECD y Ministerio de Sanidad, y previo informe del Consejo

de Coordinación Universitaria. Las CC.AA. participarán en los convenios singulares que al efecto se suscriban en su ámbito territorial. (Artículo 14 LOPS).

CAPÍTULO III

FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN CIENCIAS DE LA SALUD

La estructura de la formación especializada en Ciencias de la Salud se regula en varias Secciones, del Capítulo III del Título II de la LOPS, en concreto:

Sección 1ª. Objeto y definiciones (artículos 15 a 18).

Sección 2ª. De la estructura y la formación en las especialidades en Ciencias de la Salud (artículos 19 a 25).

Sección 3ª. Estructura de apoyo a la formación (artículos 26 a 32).

Antes de analizar este Capítulo y cada una de sus Secciones, haremos unas consideraciones previas.

La primera debe referirse al ámbito subjetivo de aplicación de este Capítulo, en concreto:

- Las previsiones contenidas en el Capítulo III (destinado a regular la Formación Especializada), sólo son aplicables a:

  - los profesionales sanitarios con título universitario en Ciencias de la Salud (licenciados -artículo 6 LOPS- y diplomados -artículo 7 LOPS-).

  - los profesionales sanitarios titulados previstos en el apartado anterior, que ejerzan en el ámbito de la Sanidad Pública y Privada, bien sea por cuenta ajena o propia.

La consecuencia práctica de este ámbito de aplicación se traduce en que la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, sólo es posible para aquellos que previamente ostenten un título universitario (bien con el nivel de Licenciado o de Diplomado), por lo que, por ejemplo, los profesionales sanitarios del área de Formación Profesional previstos en el artículo 3 de la LOPS, no podrán acceder a Especialidades oficiales en Ciencias de la Salud.

La segunda consideración debe referirse al ámbito subjetivo de aplicación de cada una de las Secciones que componen este Capítulo III del Título II de la LOPS.

Para ello, es necesario interpretar la previsión contenida en el apartado 4 del artículo 20 de la LOPS (que regula el Sistema de Formación de Especialistas), y según la cual se llega a las siguientes conclusiones:

- Las previsiones de la Sección 1ª (Objeto y definiciones de la Formación Especializada en Ciencias de la Salud) y Sección 2ª (Estructura y Formación en las Especialidades en Ciencias de la Salud) del Capítulo III del Título II de la LOPS, son de aplicación obligatoria para los licenciados en medicina que pretendan obtener un título de Especialista en Ciencias de la Salud.

- Las previsiones de la Sección 1ª y Sección 2ª del Capítulo III del Título II de la LOPS, podrán ser adaptadas por el Gobierno a las específicas características de la formación especializada en Ciencias de la Salud de las siguientes profesiones:

  — Farmacéuticos (artículo 6.2.b) LOPS),
  — Dentistas (artículo 6.2.c) LOPS),
  — Veterinarios (artículo 6.2.d) LOPS),
  — Psicólogos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos u otros licenciados universitarios (artículo 6.3 LOPS),
  — Enfermeros, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionales, Opticos-optometristas, Logopedas, Dietistas Nutricionales y las otras profesiones sanitarias con nivel de Diplomatura que en el futuro se regulen por norma con rango de Ley (artículo 7 LOPS).

- Las previsiones contenidas en la Sección 3ª (Estructura de Apoyo a la Formación) del Capítulo III del Título II de la LOPS, son de aplicación obligatoria a todas las profesiones sanitarias tituladas previstas en los artículos 6 y 7 de la LOPS.

Analizamos a continuación el contenido de cada una de estas Secciones.

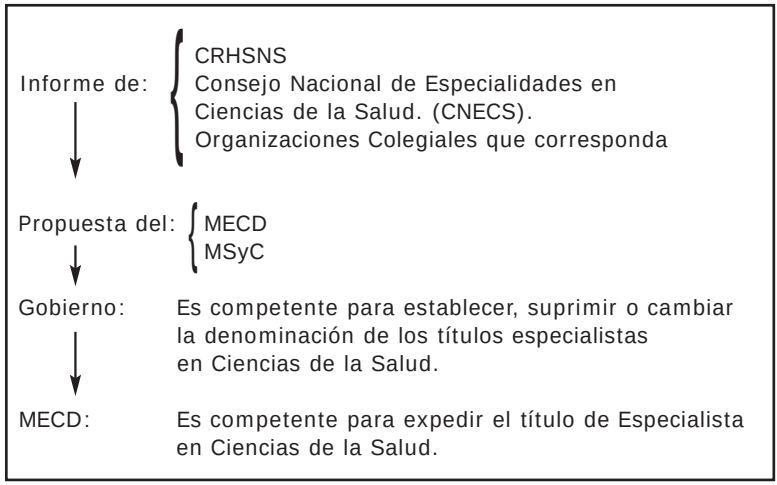
Sección 1ª

Objeto y Definiciones

La formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación con carácter reglado y oficial que tiene por objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propias de la correspondiente especialidad, de forma que vayan adquiriendo progresivamente la responsabilidad inherente a su ejercicio autónomo.(Artículo 15 de la LOPS).

El régimen jurídico para el establecimiento, supresión o cambio de denominación de los títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud se regula en los artículos 16 y

17.1 de la LOPS, y sigue el proceso que se resume en el siguiente cuadro:



El Título de Especialista así establecido por el Gobierno y expedido por el MECD tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. (Artículo 16.2 LOPS).

Inicialmente el Gobierno sólo podrá establecer Especialidades en Ciencias de la Salud para las Licenciaturas y Diplomaturas universitarias expresamente citadas en los artículos 7 y 6 de la LOPS.

Respecto a las titulaciones universitarias no citadas por dichos artículos, la LOPS autoriza al Gobierno para establecer la Especialidad en Ciencias de la Salud únicamente en el caso que su formación de pregrado se adecue al campo profesional de la correspondiente Especialidad. (Artículo 19.1 LOPS).

En todo caso, el Real Decreto por el que el Gobierno establezca nuevos títulos oficiales de Especialistas en Ciencias de la Salud, deberá contener las medidas oportunas para posibilitar el acceso al nuevo título a aquellos profesionales que ya hubieran prestado servicios en el ámbito de la nueva Especialidad. (Disposición Transitoria Quinta).

Las Especialidades en Ciencias de la Salud podrán agruparse por el Gobierno atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común que, como mínimo, será de dos años. (Artículo 19.2 LOPS).

En íntima conexión con lo anterior, el artículo 19.3 de la LOPS dispone que en el Real Decreto por el que el Gobierno establezca la Especialidad tendrá que hacerse constar:

- El título o títulos necesarios para acceder a la correspondiente Especialidad.

- El tronco en el que, en su caso, se integra la Especialidad.

Los requisitos para obtener un Título de Especialista en Ciencias de la Salud se regulan en el artículo 17.2 de la LOPS:

1) Estar en posesión del Título de Licenciado o Diplomado universitario que en cada caso se exija.

2) Acceder al sistema de formación que corresponda y completar éste en su integridad.

3) Superar la evaluaciones y depositar los derechos de expedición del Título.

Termina esta Sección 1ª con el artículo 18, dedicado a regular el régimen jurídico del reconocimiento de Títulos de Especialista obtenidos en Estados extranjeros, y donde se distinguen diversos efectos jurídicos, según el país que haya expedido el título:

a) Títulos de Especialista obtenidos en países de la UE o donde resulte de aplicación la libre circulación de trabajadores, libertad de establecimiento y libre prestación de servicios de los profesionales:

   — Se atenderá a lo dispuesto en las normas comunitarias.

b) Títulos de Especialista obtenidos en países no miembros de la UE:

   — Los supuestos y procedimientos para su reconocimiento en España corresponde fijarlos al Gobierno, que deberá respetar lo previsto en los Tratados y Convenios Internacionales. En este caso, el efecto del reconocimiento será profesional, no académico.

   — Para que el efecto además de profesional sea académico, será necesaria la previa homologación del título por el procedimiento que al efecto establezca el Gobierno.

Sección 2ª

Estructura y formación de las Especialidades en Ciencias de la Salud

Son dos las cuestiones que se regulan en esta Sección:

a) El sistema de formación de los Especialistas en Ciencias de la Salud (artículos 20, 21 y 22 de la LOPS).

b) La formación en una nueva especialidad troncal o en un área concreta de la especialidad (artículos 23, 24 y 25 de la LOPS).

a) Sistema de formación de los Especialistas en Ciencias de la Salud.

Según el artículo 20, la "*formación tendrá lugar por el sistema de residencia*", y durante su vigencia se establecerá una relación laboral especial entre el Servicio de Salud o Centro Sanitario y el residente.

El Gobierno, mediante norma con rango de Real Decreto, regulará esta relación especial de carácter laboral (artículo 20.3 f)), que deberá respetar las pautas que el legislador estatal le fija en esta Sección y en la Disposición Adicional Primera de la LOPS.

Esta Disposición, con rúbrica de "*Relación Laboral Especial de Residencia*", establece las cuestiones básicas de la formación especializada por el sistema de residencia, entre las que destacamos:

1. La relación laboral especial de Residencia, es aplicable a quienes reciban formación dirigida a la obtención de un título de Especialista en Ciencias de la Salud, siempre que tal formación se realice en Centros públicos o privados acreditados para dicha formación por el sistema de residencia previsto en el artículo 20 de la LOPS.

2. Los residentes tendrán la consideración de personal laboral temporal del Servicio o Centro en que reciban la formación.

3. El Real Decreto que dicte el Gobierno para regular la relación laboral especial de residencia deberá respetar la normativa comunitaria.

4. Este RD. contendrá, entre otros extremos: peculiaridades de su jornada de trabajo y descansos, supuestos de resolución del contrato cuando no superen las evaluaciones, procedimientos para la revisión de evaluaciones, etc.

Los criterios que rigen la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud mediante el Sistema de Residencia, se establecen en el artículo 20.3 de la LOPS y se resumen en los siguientes puntos:

- Será a tiempo completo, y estará sujeta a evaluaciones anuales y una evaluación final.

- Es incompatible con otra actividad profesional o formativa, con la excepción de los estudios de Doctorado.

  Para aquellos residentes que tengan una plaza en propiedad en el SNS, la situación administrativa en la que quedan respecto a esta plaza, en el supuesto que accedan a una plaza de formación sanitaria especializada, será la de Servicios Especiales. Durante esta situación, tendrán derecho a reserva de la plaza de origen, al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad y carrera profesional y, en su caso, al percibo de trienios. (Articulo 64.1 Ley de Estatuto Marco).

- Su duración será fijada en el programa formativo y deberá respetar lo que dispongan la normas comunitarias.

- Las actividades de los Residentes se reflejarán en el Libro de Residentes.

- El sistema de residencia comprenderá una formación teórica y práctica.

  La formación práctica de los residentes abarcará el funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias del Centro y será planificada por los Organos de Dirección y Comisiones de Docencia de los Centros.

  Además y en todo caso, la formación se impartirá en Centros o Unidades acreditadas y permitirá que los residentes asuman de forma progresiva las actividades y responsabilidades propias del ejercicio autónomo de su especialidad.

La formación de Especialistas en Centros acreditados de la Red Sanitaria Militar deberá respetar los criterios previstos en el artículo 20.3 de la LOPS. Sin embargo y en este caso, al personal militar que se forme en estos Centros, no le resultará de aplicación la relación laboral especial de Residencia. (Disposición Adicional Tercera).

El acceso a la formación especializada (artículo 22 LOPS), será a través de una convocatoria anual de carácter nacional.

Las normas reguladoras de esta convocatoria anual serán fijadas:

- por el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del MECD y de la CRHSNS (artículo 22.1 LOPS)

- por el Ministerio de Defensa, cuando la convocatoria sea para acceder a la formación especializada en Centros acreditados de la Red Sanitaria Militar (Disposición Adicional Tercera).

Esta convocatoria anual consistirá en una o varias pruebas que evaluarán los conocimientos teóricos y prácticos, las habilidades clínicas y comunicativas, los méritos académicos y, en su caso, profesionales de los aspirantes. (Artículo 22.2 LOPS).

El nuevo modelo de prueba para acceder a la formación sanitaria especializada se implantará de manera progresiva durante los ocho años posteriores a la entrada en vigor de la LOPS (Disposición Transitoria Primera).

La oferta de plazas de la convocatoria anual, se fijará por la CRHSNS teniendo en consideración:

- las propuestas de las necesidades de especialistas y disponibilidad presupuestaria de las CC.AA.,

- los informes emitidos por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y por el Ministerio de Educación, Ciencias y Deportes. (Artículo 22.5).

Cuando los especialistas en Ciencias de la Salud vayan a formarse en Centros acreditados de la Red Sanitaria Militar las propuestas e informes antes citados serán emitidos por el Ministerio de Defensa. (Disposición Adicional 3ª LOPS).

El sistema de adjudicación de las plazas anualmente ofertadas se fijará reglamentariamente, atendiendo al criterio del orden decreciente de puntuación, con las peculiaridades que se establezcan respecto a las plazas de Centros de titularidad privada.

El contenido y las formalidades para elaborar los programas de formación de las Especialidades en Ciencias de la Salud se recoge en el artículo 21 de la LOPS:

a) Contenido: los programas de formación deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se dividirá el programa. (Artículo 21.1).

b) Formalidades para su elaboración: se regulan en el apartado 2 del artículo 21 de la LOPS, y su régimen jurídico se resume en el siguiente cuadro:

Elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente.

Informe de: { Comisión de RR.HH. del Sistema Nacional de Salud. / Ministerio de Educación Cultura y Deporte.

Ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Publicado en el BOE.

En cualquier caso, cuando se trate de Especialidades de un mismo tronco, el programa del período de formación común no se elaborará por la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente, sino por una Comisión específica compuesta por los representantes de las Comisiones Nacionales de las Especialidades correspondientes. (Artículo 21.3 LOPS).

Una vez analizado el sistema de formación de los especialistas en Ciencias de la Salud, a continuación analizaremos la posibilidad de acceder a una segunda o sucesivas especialidades y a "sub-especializaciones" dentro de un área concreta de la Especialidad.

b) Formación en una nueva Especialidad troncal o en un Área concreta de la Especialidad.

Como ya se ha señalado al analizar el artículo 19.2 y 3 de la LOPS, los títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud se pueden agrupar por el Gobierno atendiendo a criterios de troncalidad.

Las consecuencias prácticas de aquellas Especialidades que se integran en un tronco, se regulan en el artículo 23 de la LOPS, y se traducen en la posibilidad de que los profesionales que ya ostentan un Título de Especialista en Ciencias de la Salud, puedan obtener otro u otros Títulos de Especialista del mismo tronco.

El acceso a la formación para una nueva Especialidad del mismo tronco, se hará a través del procedimiento que el Gobierno establezca y que, en todo caso, deberá contener una prueba que evalúe la competencia del aspirante en el campo de la nueva Especialidad.

Para acceder a la segunda Especialidad troncal, es necesario que el aspirante haya

ejercido durante al menos cinco años una Especialidad del mismo tronco de aquella que se pretenda obtener.

Para acceder a la tercera o sucesivas Especialidades troncales, será necesario que hayan transcurrido al menos ocho años desde la obtención del anterior título de Especialista.

Además de posibilitarse el acceso a la formación para obtener un segundo o sucesivos títulos de Especialista para el caso de Especialidades troncales, la LOPS, en sus artículos 24 y 25, admite la posibilidad de que un Especialista en Ciencias de la Salud se "subespecialice" dentro de un Área específica de su Especialidad, y a tal fin se crean las Areas de Capacitación Específica.

El órgano competente para establecer dentro de una o varias Especialidades, con independencia de que se agrupen o no en un mismo tronco, las Areas de Capacitación Específica es el Gobierno. (Artículo 24.1 LOPS).

También corresponde a este órgano, mediante norma con rango reglamentario, regular los requisitos para que los Especialistas en Ciencias de la Salud accedan al programa de formación para obtener el Diploma de Area de Capacitación Específica.

La citada norma reglamentaria deberá respetar en todo caso las previsiones contenidas en el artículo 25 LOPS:

- que en la Especialidad correspondiente se constituya el Área de Capacitación Específica,

- que se evalúe previamente la competencia profesional del interesado,

- que el interesado acredite al menos cinco años de ejercicio profesional en la Especialidad.

El acceso al diploma podrá realizarse a través de una formación programada o en el ejercicio profesional específicamente orientado al Área correspondiente, acompañado de actividades docentes o discentes de formación continuada en dicha Área (artículo 25 LOPS).

Una vez superada la formación, se obtendrá el Diploma de Area de Capacitación Específica, que se expedirá por el Ministerio de Sanidad y Consumo con carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado.

Este Diploma podrá ser valorado como mérito para acceder a puestos de trabajo de alta especialización en Centros o Establecimientos públicos y privados y, en todo caso, su posesión será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de "*Especialista con capacitación específica en el Área*". (Articulo 24 LOPS).

Finalmente, y según la Disposición Adicional Segunda de la LOPS, la denominación de "Diploma de Capacitación Específica", sólo podrá ser utilizada cuando tal Diploma haya sido obtenido de acuerdo con lo dispuesto en la LOPS y en las demás normas que resulten de aplicación.

Finalizamos el análisis de esta Sección reproduciendo la Disposición Transitoria Cuarta de la LOPS que, con el título de "*Especialidades Sanitarias cuyo sistema de formación no es el de Residencia*" señala:

> "*En el plazo de cinco años desde la entrada en vigor de esta Ley, el Gobierno modificará, suprimirá o adaptará su sistema de formación a lo previsto en el artículo 20, en el caso de las especialidades sanitarias cuya formación no se realiza por el sistema de Residencia*".

A nuestro entender, con esta Disposición lo que el legislador pretende es que en el plazo máximo de cinco años, a contar desde la entrada en vigor de la LOPS, la formación de algunas Especialidades en Ciencias de la Salud, sea modificada, suprimida o adaptada por el Gobierno.

No podemos sin embargo olvidar el apartado 4 del artículo 20 ya comentado y que, como ya hemos visto, autoriza al Gobierno para que en el caso de determinadas titulaciones universitarias (entre ellas la enfermería), establezca títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud con unas peculiaridades distintas a las previstas en la Sección 1ª y 2ª del Capítulo III del Título II de la LOPS.

En definitiva, conjugando lo dispuesto en el articulo 20.4 de la LOPS con lo previsto en la D.T.4ª, entendemos que podría llegarse a la siguiente conclusión:

- Los Títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud de los profesionales sanitarios titulados, serán establecidos por el Gobierno y expedidos por el MECD.

- El sistema de formación vía residencia para los Licenciados en Medicina, será necesariamente el regulado en la Sección 1ª, 2ª y 3ª del Capítulo III del Título II de la LOPS.

- El sistema de formación de Especialidades para el resto de Licenciados y Diplomados en Ciencias de la Salud previstos en los artículos 6 y 7 de la LOPS, podrá no seguir las peculiaridades contenidas en la Sección 1ª y 2ª, aunque deberá seguir obligatoriamente las previstas en la Sección 3ª del Capítulo III del Título II de la LOPS.

Sección 3ª

Estructura de apoyo a la formación especializada

Como ya se comentó en la Sección anterior, la formación de especialistas debe impartirse necesariamente en Centros o Unidades acreditadas.

Los mecanismos de acreditación de los Centros o Unidades Docentes, los órganos encargados de supervisar y organizar la formación especializada que se imparta, y la creación de distintos órganos consultivos que participan en el desarrollo y coordinación de la formación especializada, se regulan en esta Sección.

Para una mejor comprensión del contenido de esta Sección, sistematizaremos su análisis en los siguientes apartados:

a) Acreditación de Centros y Unidades Docentes.
b) Órganos creados.
c) Registros.

a) Acreditación de Centros y Unidades Docentes. (Artículo 26).

Los requisitos que con carácter general deben reunir los Centros y Unidades para obtener acreditación habilitadora para impartir formación especializada en Ciencias de la Salud, se regularán mediante Orden dictada conjuntamente por el Mº de Sanidad y Consumo y el MECD, que se publicará en el BOE.

Los citados Ministerios deberán actuar a propuesta de la CRHSNS, que a su vez actuará previo informe del Foro Profesional. (Artículo 25.1 LOPS).

El régimen jurídico apuntado se resume en el siguiente cuadro:

Traemos ahora a colación el artículo 35 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS, según el cual son órganos de la CRHSNS el Foro Marco para el Diálogo Social y el Foro Profesional.

Las funciones de éste último Foro se determinan en el artículo 35.3.b) de la Ley 16/2003, según el cual:

> "*El Foro Profesional será marco de diálogo e información sobre la formación de postgrado y continuada, y sobre los requisitos formativos, de evaluación y competencia de las profesiones sanitarias. En él estará representada la Comisión Consultiva Nacional*".

Las solicitudes de acreditación de Centros y Unidades Docentes, así como su revocación serán resueltas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que deberá actuar de conformidad con los Informes que al efecto emita (artículo 26.3 y 4 LOPS):

- la Comisión de Docencia del Centro o Unidad correspondiente,
- la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma correspondiente,
- la Agencia de Calidad del SNS.

La **Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud** (ACSNS, en adelante), es un órgano expresamente creado en el artículo 60 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS y entre sus competencias está la elaboración y el mantenimiento de los elementos de la infraestructura de la calidad.

Las funciones de esta Agencia se extienden a todo el territorio nacional, sin perjuicio de la existencia de agencias de calidad de carácter autonómico.

En el ámbito concreto de la acreditación de Centros y Unidades docentes para la formación especializada en Ciencias de la Salud, el artículo 26.2 de la LOPS atribuye a la ACSNS la función de "*coordinar las auditorías, informes y propuestas necesarias para acreditar los Centros y Unidades Docentes*"

b) Órganos creados.

La LOPS crea numerosos órganos gracias a los cuales se organiza y estructura la formación especializada en Ciencias de la Salud, estos órganos en concreto son:

1) Comisiones de Docencia. (Artículo 27 LOPS).

2) Comisiones Nacionales de Especialidad. (Artículo 28 LOPS).

3) Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. (Art. 30 LOPS).

4) Comités de Areas de Capacitación Específica. (art. 29 LOPS).

Respecto a la creación de estos órganos colegiados, la Disposición Transitoria Sexta, dispone:

> "*En tanto se constituyen los órganos colegiados a que se refieren los artículos 27 a 30 de esta Ley, las funciones que a los mismos se les atribuyen serán desempeñadas por las Comisiones y Consejos existentes con anterioridad a la entrada en vigor de esta norma*".

b.1) Comisiones de Docencia.

La consecuencia de que un Centro o Unidad haya solicitado y obtenido del Ministerio de Sanidad y Consumo acreditación para impartir docencia en el ámbito de la formación especializada en Ciencias de la Salud, es que en su seno deberá constituirse una Comisión de Docencia. (Artículo 27.1 LOPS).

La composición, dependencia funcional y funciones de las Comisiones de Docencia, será competencia de las Comunidades Autónomas, con las siguientes limitaciones: (Artículo 27.1 y 2 LOPS):

— Tendrán que respetar los criterios generales que sobre esta cuestión fije la CRHSNS.

— Entre sus funciones, necesariamente estarán las de:

  • Organizar la formación, supervisar y controlar el cumplimiento de los objetivos fijados por los programas formativos.

  • Facilitar la actividad asistencial de los Residentes.

— En su composición necesariamente existirá una representación de los tutores de la formación y de los residentes.

Los Centros Sanitarios acreditados para la formación de especialistas, estarán obligados a facilitar el apoyo técnico y administrativo que resulte necesario para el funcionamiento de las Comisiones de Docencia que se constituyan en su seno. (Artículo 31.1 LOPS).

El Secretario de la Comisión será designado por la Dirección del correspondiente Centro y tendrá voz pero no voto. (Artículo 31.2 LOPS).

b.2) Comisiones Nacionales de Especialidad.

Para el campo de cada una de las Especialidades en Ciencias de la Salud se crea la correspondiente Comisión Nacional de Especialidad; así pues, habrá tantas Comisiones Nacionales de Especialidad como Especialidades en Ciencias de la Salud oficialmente reconocidas existan.

La Comisión Nacional de Especialidad se configura como el órgano asesor del Mº de Sanidad y Consumo y del MECD en el campo de cada Especialidad.

Los miembros de cada Comisión -que deberán estar en posesión del título de Especialista correspondiente-, serán designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a propuesta de una Sociedad o Corporación concreta, para un periodo de cuatro años renovable por cuatro más.

La composición de cada Comisión será la siguiente:

- Dos vocales propuestos por el MECD, uno de los cuales deberá ostentar la condición de tutor de la formación en la correspondiente especialidad.

- Cuatro vocales propuestos por la CRHSNS entre los especialistas de reconocido prestigio.

- Dos vocales en representación de las Entidades y Sociedades científicas.

- Dos vocales en representación de los especialistas en formación, elegidos por éstos de la forma que reglamentariamente se determine.

  Respecto a estos vocales, la LOPS, y como no podía ser menos, les exonera de la obligación de estar en posesión del correspondiente título de especialista. Asimismo, la duración de su cargo será sólo de dos años.

- Un vocal en representación de la Organización Colegial correspondiente.

Cada Comisión elegirá entre sus miembros a un Presidente y un Vicepresidente.

Además de la funciones que reglamentariamente se fijen, las Comisiones Nacionales de Especialidad tendrán las siguientes (artículo 28.8 LOPS):

- Elaboración del Programa Formativo de la Especialidad.

- Establecimiento de los criterios de evaluación de los Especialistas en Formación.

- Establecimiento de los criterios para la evaluación durante la formación para una nueva Especialidad.

- Propuesta para la creación de Áreas de Capacitación Específica.

- Establecimiento de criterios para la evaluación de Unidades Docentes y Formativas.

- Informe sobre los criterios y programas relativos a la formación continuada de los profesionales.

- Participación en el diseño de los Planes Integrales dentro del ámbito de la correspondiente especialidad.

Cuando la Comisión no cumpla adecuadamente con sus funciones, todos sus miembros o parte de ellos y siempre previa audiencia de los mismos, podrán ser cesados mediante Resolución motivada dictada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En cualquier caso, el Ministerio de Sanidad y Consumo, estará obligado a facilitar el apoyo técnico y administrativo que resulte necesario para el funcionamiento de las Comisiones Nacionales de Especialidad. (Artículo 31.1 LOPS).

Las funciones de Secretario con voz y sin voto de las Comisiones Nacionales de Especialidades, serán desempeñadas por quien designe el Ministerio de Sanidad y Consumo. (Artículo 31.2 LOPS).

b.3) Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Los Presidentes de todas y cada una de las Comisiones Nacionales de Especialidad, formarán a su vez parte del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud donde además estarán también presentes. (Artículo 30.1 LOPS):

- Dos Especialistas por cada uno de los títulos universitarios que tengan acceso directo a alguna especialidad en Ciencias de la Salud, uno de los cuales se elegirá por los miembros de la Comisión Nacional correspondiente, y el otro por la Organización Colegial.

- Dos representantes del MECD.

- Dos representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Dos representantes de las Comunidades Autónomas designados por la CRHSNS.

El Consejo Nacional elegirá entre sus miembros a un Presidente y Vicepresidente.

El Consejo funcionará en Pleno, en Grupos de Trabajo y en Comisiones, en todo caso (artículo 30. 2 y 3 LOPS):

- La Comisión Permanente, con las funciones que el Pleno le delegue.

- Una Comisión Delegada del Consejo por cada una de las titulaciones o agrupaciones de Especialidades que se determinen.

El funcionamiento del Consejo vendrá determinado por un Reglamento de Régimen Interior que él mismo aprobará. (Articulo 30.4).

Las funciones del Consejo se enumeran en el articulo 30.5 de la LOPS del que se desprenden las siguientes conclusiones:

- Las funciones del Consejo Nacional de Especialidades están orientadas a coordinar la actuación de las Comisiones Nacionales, a promocionar la investigación y a asesorar técnica y científicamente al Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Las funciones de cada Comisión Nacional de Especialidad están orientadas al área académica específica de cada Especialidad.

En todo caso, el Ministerio de Sanidad y Consumo estará obligado a facilitar el apoyo técnico y administrativo que resulte necesario para el funcionamiento del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. (Artículo 31.1 LOPS).

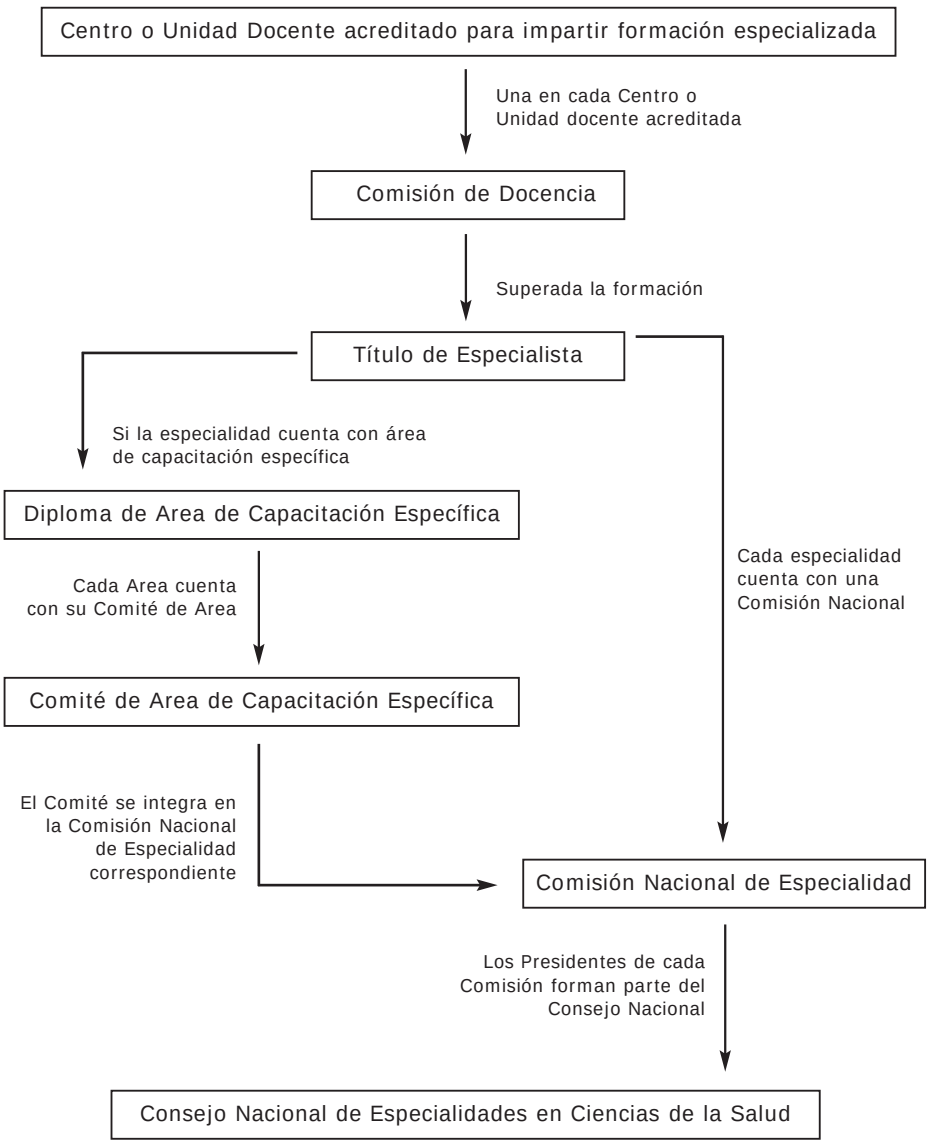
Las funciones de Secretario con voz y sin voto del Consejo, serán desempeñadas por quien designe el Ministerio de Sanidad y Consumo. (Artículo 31.2 LOPS).

b.4) Comités de Área de Capacitación Específica.

Para aquellas Especialidades que tengan constituida Área de Capacitación Específica, en el seno de la correspondiente Comisión Nacional de la Especialidad o Especialidades, se crea un Comité de Area de Capacitación Específica.

Este Comité estará compuesto por seis Especialistas y su función, además de las que se fijen reglamentariamente, consistirá en proponer los contenidos del Programa de Formación y de evaluación de los Especialistas que aspiren a obtener el correspondiente Diploma del Area de Capacitación Específica. (Artículo 29 LOPS).

Así pues, y a título de resumen, los órganos consultivos que hemos analizado se organizan de la siguiente forma:


Centro o Unidad Docente acreditado para impartir formación especializada
Una en cada Centro o Unidad docente acreditada
Comisión de Docencia
Superada la formación
Título de Especialista
Si la especialidad cuenta con área de capacitación específica
Diploma de Area de Capacitación Específica
Cada Area cuenta con su Comité de Area
Comité de Area de Capacitación Específica
El Comité se integra en la Comisión Nacional de Especialidad correspondiente
Cada especialidad cuenta con una Comisión Nacional
Comisión Nacional de Especialidad
Los Presidentes de cada Comisión forman parte del Consejo Nacional
Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

c) Registros.

Se crean los siguientes:

- Registro Nacional de Especialistas en Formación, donde serán inscritos los residentes cuando inicien su formación, así como los resultados de sus evaluaciones anuales y finales. (Articulo 32.1 LOPS).

- Registro Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud, donde serán inscritos los profesionales que obtengan un título de Especialista u obtengan la homologación o reconocimiento de un título de Especialista obtenido en el extranjero. (Artículo 32.2 LOPS).

- Registro Nacional de Especialistas con Diploma de Capacitación Específica, donde se inscribirán aquellos Especialistas que obtengan un Diploma de Capacitación Específica o vean reconocido, a los mismos efectos profesionales, un Título o Diploma obtenido en el extranjero. (Artículo 32.2 LOPS).

- Registro de Centros Acreditados para la Formación de Especialistas, donde se inscribirán todos los Centros Sanitarios acreditados para impartir dicha formación. (Articulo 32.3 LOPS).

Estos Registros, que tendrán carácter público, se integrarán en el Sistema de Información Sanitaria del SNS y serán gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con la excepción del Registro Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud, que será gestionado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (Artículo 32.4 LOPS).

CAPÍTULO IV

FORMACIÓN CONTINUADA

Finalizamos el Título II de la LOPS con el Capítulo IV, dedicado a la formación continuada, que se define en el artículo 33.1 de la LOPS:

> "*El proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la demanda y evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario*".

Los objetivos generales de la formación continuada se enumeran en el artículo 33.2 de la LOPS:

- garantizar la actualización permanente de los conocimientos y cualificación de los profesionales, incentivándoles en su trabajo diario y motivación profesional,

- potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios,

- posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios,

- mejorar la percepción del papel social de los trabajadores,

- generalizar el conocimiento de los profesionales en campos técnicos, éticos, legales, sociales y económicos, etc.

La armonización y coordinación de la formación continua en todo el territorio nacional se atribuye a la **Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias** (artículo 34.1), que estará compuesta por (articulo 34.2 LOPS):

- las Administraciones Públicas presentes en el CISNS,

- representantes del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud,

- representantes de los Colegios Profesionales y de las Sociedades Científicas.

La Comisión designará entre sus miembros a un Presidente y elaborará su Reglamento de Régimen Interior.

El Ministerio de Sanidad y Consumo designará al Secretario, que tendrá voz pero no voto; también estará obligado el Ministerio a prestar el apoyo técnico y administrativo necesario a la Comisión para su correcto funcionamiento. (Artículo 34.3 LOPS).

Las funciones de la Comisión se contienen en el párrafo 4 del artículo 34:

- Detección, análisis, estudio y valoración de las necesidades de los profesionales y del Sistema Sanitario en materia de Formación Continuada, de acuerdo con las propuestas de los órganos competentes de las Comunidades Autónomas.

- Propuesta para la adopción de programas, o para el desarrollo de actividades y actuaciones de Formación Continuada de carácter prioritario y común en el conjunto del SNS.

- Estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación de Centros y actividades de Formación Continua.

- Estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación de la formación continuada.

Para que la formación continuada produzca efectos jurídicos (por ejemplo que sea considerada como mérito en concursos o en la Carrera Profesional, que esté subvencionada, etc), es necesario que reúna los requisitos previstos en el artículo 35 de la LOPS que con el título genérico de "*Acreditación de Centros, actividades y profesionales*", señala y regula los siguientes:

- La formación continuada debe impartirse por Centros acreditados específicamente para ello.

- Las actividades y programas de actuación de la formación continuada deben de estar igualmente acreditados.

La acreditación de los Centros Docentes, de las actividades y programas de actuación y la expedición de certificaciones individuales acreditativas de la formación continuada es competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo o de los órganos competentes de las Comunidades Autónomas (artículo 35.1 y 35.4 LOPS).

Sin embargo, y respecto a las funciones de gestión y acreditación de la formación continuada, incluida la emisión de certificaciones, la LOPS admite que los órganos arriba mencionados deleguen su competencia a otras Corporaciones o Instituciones de Derecho Público. (Artículo 35.4 LOPS).

En todo caso, los órganos que acrediten la Formación Continuada, deberán ser independientes de los que provean las actividades de formación acreditada.

La Administración Pública también es competente para auditar y evaluar los Centros y las actividades de formación continuada ya acreditadas. (Articulo 35.2 LOPS).

Para que la acreditación sea válida y produzca efectos en todo el territorio nacional (cualquiera que sea la Administración Pública que expida la acreditación), será necesario que el Ministerio o los órganos competentes de las CC.AA actúen conforme a los procedimientos, criterios y requisitos al efecto propuestos por la Comisión de Formación Continuada (artículos 34.4.d) y 35.1 LOPS).

Sólo los Centros y las actividades de Formación Continuada así acreditadas podrán ser subvencionados con cargo a fondos públicos. (Artículo 35.2 LOPS).

A partir de la entrada en vigor de la LOPS, las actividades de formación continuada tendrán distintos efectos jurídicos en la carrera profesional de los profesionales sanitarios titulados, en concreto (artículo 35.3 LOPS):

- Sólo podrán ser tomadas en consideración para la carrera profesional aquellas actividades formativas que estén acreditadas.

- Las actividades de formación continuada, previas a la entrada en vigor de la Ley y no acreditadas, serán objeto de consideración por los Comités encargados de valorar los méritos a dichos efectos.

- Las actividades de formación continuada posteriores a la entrada en vigor de la LOPS y no acreditadas, no podrán ser consideradas para la carrera profesional.

La realización de actividades de formación continuada acreditada se justifica mediante la correspondiente certificación individual que, como ya hemos dicho, es emitida por el Ministerio de Sanidad y Consumo u órgano competente de la correspondiente C.A., sin perjuicio de que la LOPS autoriza que esta competencia sea delegada en otros órganos.

Además de la certificaciones individuales, la formación continua acreditada debe justificarse, en determinados casos, mediante los Diplomas a los que se refiere el artículo 36.1 de la LOPS, en concreto:

- Mediante el **Diploma de Acreditación**, cuando el nivel de formación continuada a acreditar haya sido alcanzado en una área funcional específica de la profesión.

- Mediante el **Diploma de Acreditación Avanzada**, cuando el nivel de formación continuada a acreditar haya sido alcanzado en una área funcional específica de una Especialidad en Ciencias de la Salud.

Ambos Diplomas serán expedidos por la Administración Sanitaria Pública, y tendrán validez en todo el territorio nacional. (Artículos 36.1 y 34.4 e) LOPS).

Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada que se expidan serán inscritos en un registro, que tendrá el carácter de público en lo relativo a la identidad del interesado, Diploma o Diplomas que ostente y la fecha de obtención de los mismos. (Artículo 36.2 LOPS).

Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada serán valorados como méritos en los sistemas de provisión, cuando así se prevea en la normativa correspondiente. (Artículo 36.3 LOPS).

En este sentido, el artículo 31.4 de la Ley de Estatuto Marco ya se hace eco de esta posibilidad y así, refiriéndose a la fase de concurso de los sistemas de selección para acceder a nombramientos de personal sanitario, dice:

> "*Los baremos de méritos en las pruebas selectivas (...) se dirigirán a evaluar las competencias profesionales de los aspirantes a través de la valoración, entre otros aspectos de (...), los más significativos de su formación pregraduada, especializada y continuada acreditada, (...)*".

TÍTULO III

DEL DESARROLLO PROFESIONAL Y SU RECONOCIMIENTO

El Desarrollo Profesional ha sido reconocido por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La citada Ley dedica la Sección 2ª de su Capítulo III al Desarrollo Profesional, que lo define en su artículo 40 con el siguiente tenor:

> "*El desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y deberá responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos:*
>
> *a) La formación continuada*
> *b) La carrera profesional*
> *c) La evaluación de competencias*".

El reconocimiento genérico al Desarrollo Profesional contenido en el artículo 40 de la Ley 16/2003, se concreta en los artículos 37 y siguientes de la LOPS dedicados, como a continuación analizaremos, a regular aspectos básicos del Desarrollo Profesional de los profesionales sanitarios titulados.

Sin embargo, y antes de analizar el contenido de este Título, tenemos que destacar que sus preceptos tienen un ámbito subjetivo de aplicación restringido, ya que sólo los profesionales sanitarios con título universitario podrán acceder al sistema de Desarrollo Profesional.

Por otra parte, y al igual que ocurre con la formación continuada, la LOPS reconoce amplias competencias a las Comunidades Autónomas en el Desarrollo Profesional, si bien en su ejercicio, éstas deberán respetar los criterios básicos fijados por la citada norma.

En definitiva:

- la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS implanta el Desarrollo Profesional como uno de los aspectos básicos para la modernización del SNS,

- la LOPS define y regula el sistema para su reconocimiento,

- las Autoridades Sanitarias de las CC.AA serán las competentes para reconocer el Desarrollo Profesional de los profesionales sanitarios titulados universitarios que ejercen en sus Centros, Establecimientos e Instituciones Sanitarias.

La definición del Desarrollo Profesional la encontramos en el artículo 37.1 de la LOPS:

> "*El reconocimiento público, expreso y de forma individualizada del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario titulado en cuanto a conocimientos, experiencia en tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que presta sus servicios*".

El Desarrollo Profesional se caracteriza por las siguientes notas:

- El acceso al sistema de Desarrollo Profesional será voluntario para los profesionales sanitarios titulados que estén establecidos dentro del territorio del Estado. (Artículo 37.3 LOPS).

  Así pues, el acceso al sistema de Desarrollo Profesional no está reservado a los profesionales sanitarios titulados del SNS, sino que también incluye a aquellos que prestan servicios por cuenta ajena o propia en los Centros sanitarios privados.

- El reconocimiento del Desarrollo Profesional tendrá carácter público y atribuirá expresamente el grado alcanzado por el profesional. (Artículo 37.2 LOPS).

- El reconocimiento del Desarrollo Profesional será homologable en todo el SNS, especialmente en lo relativo a (artículo 39 LOPS):

  - la denominación de los distintos grados,
  - los sistemas de valoración de méritos,
  - la composición de los Comités de Evaluación,
  - el reconocimiento mutuo de los grados alcanzados por los profesionales de los distintos Servicios de Salud.

La LOPS encomienda al CISNS el establecimiento de los principios y criterios generales para la homologación del reconocimiento del Desarrollo Profesional, debiendo a tal fin actuar a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del SNS previa audiencia de la Comisión Consultiva Profesional.

Las Administraciones Sanitarias (del Estado o CC.AA.), son las competentes para regular, en el ámbito de sus correspondientes Centros y Establecimientos Sanitarios, el reconocimiento del Desarrollo Profesional.

La regulación que en su día dicten, tendrá que respetar los principios generales previstos en el artículo 38 de la LOPS, que no obstante, podrán acomodarse (al igual que su repercusión en la carrera profesional) y adaptarse a las especiales características organizativas, sanitarias y asistenciales de cada Servicio de Salud o de cada uno de sus Centros (artículo 38.1.f) de la LOPS).

La previsión contenida en el artículo 38.1.f) de la LOPS es reproducida en la Ley de Estatuto Marco, concretamente en su artículo 40.4, que además añade que "*su repercusión* (la del Desarrollo Profesional) *en la carrera profesional se negociará* (por las Comunidades Autónomas) *en las mesas correspondientes*".

De cualquier forma, los principios generales del artículo 38.1 de la LOPS, son:

- Como regla general, el reconocimiento se articulará en cuatro grados.

- Excepcionalmente, las Autoridades Sanitarias podrán establecer un grado inicial previo a los cuatro grados anteriores.

  Este grado inicial deberá ser homologado por el CISNS para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS).

- La obtención del primer grado y el acceso a los sucesivos grados requiere la evaluación favorable de los méritos del interesado en relación con:

  - sus conocimientos y competencias,
  - la formación continuada acreditada,
  - la actividad docente y de investigación,
  - los resultados de la actividad y calidad asistencial del interesado,
  - su implicación en la gestión y dirección clínicas.

- Para obtener el primer grado será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional.

- La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, cinco años desde la evaluación positiva inmediatamente anterior.

Para el supuesto de que la evaluación hubiera sido negativa, el profesional no podrá solicitar una nueva evaluación hasta que hayan transcurrido dos años desde la misma.

- La evaluación se llevará a cabo por un Comité Específico creado en cada Centro o Institución, que estará mayoritariamente integrado por:

  - profesionales de la misma profesión que el evaluado,
  - representantes del Servicio o Unidad de pertenencia del profesional evaluado,
  - evaluadores externos designado por Agencias de Calidad o Sociedades Científicas de su ámbito de competencia.

El procedimiento para el reconocimiento del Desarrollo y Carrera Profesional de los profesionales sanitarios titulados que desarrollan su actividad por cuenta ajena en Centros Sanitarios Privados, se adecuará a los principios generales del artículo 38.1 de la LOPS, en la medida que lo permita la capacidad del Centro.

También podrán acceder voluntariamente al sistema de Desarrollo Profesional los profesionales sanitarios que ejercen su actividad por cuenta propia, si bien deberán superar previamente las evaluaciones establecidas en la forma que determine cada Administración Sanitaria (artículo 38.3 LOPS).

La implantación del Desarrollo Profesional debe ser también posible en los Centros Sanitarios de Investigación (Disposición Adicional Novena). En este caso, el Desarrollo Profesional se adaptará a las características de los Centros, y se evaluará, entre otros aspectos, la calidad, relevancia del trabajo científico, la implicación organizativa y la capacidad de liderazgo en la dirección de los proyectos.

La implantación del sistema de Desarrollo Profesional se deja al arbitrio de las Administraciones Sanitarias de las CC.AA con dos limites:

1. Artículo 38.2 LOPS: La implantación del Desarrollo Profesional en los Centros Sanitarios privados será, en todo caso supervisado, por la Administración Sanitaria pública correspondiente.

2. Disposición Transitoria Segunda de la LOPS: En el plazo de cuatro años a partir de la entrada en vigor de esta Ley, deberán haberse iniciado los procedimientos necesarios para la implantación del desarrollo profesional en todas las profesionales sanitarias tituladas previstas en los artículo 6 y 7 de la LOPS.

El reconocimiento y obtención de un determinado grado en el Desarrollo Profesional, podrá producir efectos retributivos. Sobre esta cuestión, la Disposición Adicional Cuarta de la LOPS dispone que los efectos del Desarrollo Profesional sobre

la estructura y cuantía de las retribuciones, deberá ser objeto de negociación con las organizaciones sindicales.

TÍTULO IV

DEL EJERCICIO PRIVADO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias dedica íntegramente su Título IV al ejercicio privado, por cuenta propia o ajena, de las profesiones sanitarias en Centros o Instituciones de titularidad privada.

Pretende con ello el legislador garantizar la calidad y transparencia de los servicios sanitarios prestados desde estos Centros e Instituciones, además de crear un marco laboral estable para sus profesionales sanitarios titulados.

A tal fin, el Título IV, que se estructura seis artículos, regula las siguientes cuestiones:

a) Principios generales del ejercicio de las profesiones sanitarias en Centros o Instituciones Sanitarias privadas. (Artículo 40).
b) Prestación de servicios por cuenta ajena. (Artículo 41).
c) Prestación de servicios por cuenta propia. (Artículo 42).
d) Publicidad del ejercicio profesional privado. (Artículos 43 y 44).
e) Seguridad en el ejercicio profesional privado. (Artículos 45 y 46).

Comentamos a continuación cada una de estas cuestiones:

a) Principios generales.

La LOPS reconoce a los profesionales sanitarios titulados que ejercen en el ámbito privado de la sanidad los siguientes derechos:

- a ejercer una actividad profesional adecuada a su titulación y categoría profesional,

- a que su autonomía técnica y científica sea respetada, con libertad de prescripción,

- a gozar de un marco de contratación estable y transparente,

- a participar en la gestión y organización del Centro o Unidad,

- a la formación continuada,

- a que se garantice su responsabilidad civil profesional a través de entidades aseguradoras o financieras.

A estos derechos habrá que añadir otros que se encuentran diseminados a lo largo de la LOPS, como el derecho a acceder al Desarrollo Profesional con las peculiaridades establecidas para estos profesionales. (Artículo 38.2 LOPS).

b) Prestación de servicios por cuenta ajena.

Los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios titulados que ejercen su actividad por cuenta ajena en Centros o Instituciones Sanitarias de titularidad privada, se enumeran en el artículo 41 de la LOPS.

Los derechos se resumen en los siguientes puntos:

- ser informados de sus funciones, tareas, y cometidos,

- ser informados de los objetivos asignados a su Unidad y de los sistemas establecidos para la evaluación de su cumplimiento,

Las obligaciones se resumen en los siguientes puntos:

- desarrollar sus funciones con lealtad, eficacia y respeto a los principios técnicos, científicos, profesionales, éticos y deontológicos,

- mantener actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el desarrollo de sus funciones,

- someterse a la evaluación regular de competencias.

c) Prestación de servicios por cuenta propia.

Los derechos y obligaciones de los profesionales que prestan sus servicios por cuenta propia (autónomos), se prevén en el artículo 42.

En realidad, la única obligación que la LOPS impone consiste en formalizar por escrito:

- todos los contratos y sus modificaciones que se celebren entre el profesional y el Centro Sanitario con ocasión de la prestación de sus servicios profesionales,

- todos los contratos que se celebren entre el profesional sanitario y la Entidad de Seguros que opere en el ramo de la enfermedad correspondiente.

Con esta prevención el legislador dota de trasparencia a los servicios que presten estos profesionales, asegurando así que los particulares perjudicados por una eventual mala praxis, puedan depurar las responsabilidades a que haya lugar.

En cuanto a los derechos de estos profesionales, la LOPS reitera el de acceder, previa superación de las evaluaciones correspondientes, al sistema de Desarrollo Profesional.

d) Publicidad del ejercicio profesional por cuenta propia o ajena.

La LOPS regula dos medidas de distinto signo para garantizar la publicidad de todos aquellos profesionales que ejercen por cuenta propia o ajena.

La primera medida va destinada a los Centros Sanitarios y a las Entidades de Seguros que operen en el ramo de enfermedad.

Sobre esta cuestión, el artículo 43 de la LOPS impone a los citados organismos la obligación de llevar un Registro de Profesionales donde se inscribirán a todos aquellos con los que se mantengan contratos de prestación de servicios por cuenta propia o ajena.

El contenido mínimo de estos Registros será fijado por las CC.AA, si bien para ello deberán respetar los principios que al efecto fije el CISNS.

Tendrán el carácter de público en lo relativo al nombre, titulación, especialidad y, en su caso, categoría y función del profesional.

La segunda medida va destinada a los propios profesionales y con ella se pretende evitar la publicidad engañosa que éstos pudieran hacer sobre sus servicios y prestaciones.

En este sentido, el artículo 44 de la LOPS señala que los profesionales sanitarios podrán facilitar a los medios de comunicación información sobre sus servicios, prestaciones y actividades profesionales, que deberá reunir los siguientes requisitos:

- respetará la base científica de las actividades,
- será prudente, objetiva, discreta y veraz,
- deberá ser comprensible para el colectivo social al que se dirige.

Las sanciones que pudieran imponerse por el eventual incumplimiento de estos requisitos se regirán, según los casos, por las previsiones contenidas en la Ley General de Sanidad, en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios o en la Ley General de Publicidad.

e) Seguridad y calidad en el ejercicio profesional privado.

Entre los principios generales del ejercicio privado de las profesiones sanitarias tituladas, está el previsto en el artículo 40.3 de la LOPS, que impone a los Centros Sanitarios privados la obligación de dotarse de elementos de control que garanticen la calidad y evaluación profesional.

Son dos los elementos de control que la LOPS establece:

1. El previsto en el artículo 45, que impone la obligación de que las consultas profesionales estén autorizadas y acreditadas de conformidad con las normas específicas que al respecto dicten los órganos competentes de las Comunidades Autónomas.

   La función de velar para que los profesionales y Centros Privados cumplan con esta normativa, se atribuye a la Administración Sanitaria Pública, que podrá contar con la colaboración de agencias de calidad o Colegios Profesionales.

2. El previsto en el articulo 46, que impone a las personas físicas o jurídicas, que respectivamente ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada o presten cualquier clase de servicios sanitarios, la obligación de suscribir un seguro de responsabilidad civil o contar con un aval o cualquier otro tipo de garantía financiera capaz de cubrir la indemnización que pudiera derivarse ante un eventual daño ocasionado a una persona con ocasión de la prestación del servicio sanitario.

Las condiciones esenciales del aseguramiento serán determinadas por las CC.AA. para lo cual contarán con la participación de los propios profesionales y el resto de los agentes del sector.

Con la intención de facilitar el cumplimiento de esta obligación, la LOPS admite que los Colegios Profesionales adopten las medidas que entiendan oportunas a tal fin.

TÍTULO V

PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

La participación de los profesionales titulados sanitarios en la ordenación de su profesión se canaliza a través de la **Comisión Consultiva Profesional**, que está adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo.

La existencia de esta Comisión se prevé por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS, concretamente en su artículo 35.4 que al respecto señala:

> "*4.- La Comisión Consultiva Profesional se regulará mediante Real Decreto e integrará a representantes de los consejos generales de las profesiones sanitarias. Actuará como órgano de consulta en todos los ámbitos de la ordenación profesional y como órgano de apoyo a la Comisión de Recursos Humanos*".

La LOPS impone al Ministerio de Sanidad y Consumo la obligación de prestar a la Comisión el apoyo técnico y administrativo necesario para su correcto funcionamiento. (Artículo 48.3 LOPS).

La definición de la Comisión Consultiva Profesional (CCP en adelante), la encontramos en el artículo 47.1 de la LOPS, según el cual:

> "*La Comisión Consultiva Profesional es el órgano de participación de los profesionales en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias*".

Así pues, la CCP es el órgano de consulta en determinados ámbitos de la ordenación profesional: la formación continuada, el sistema de su reconocimiento y la evaluación de competencias (artículo 47.2 LOPS).

Además de estas funciones genéricas, el articulo 50 de la LOPS regula unas funciones específicas de la Comisión, en concreto:

- las que le corresponda como órgano de apoyo a la CRHSNS, en los ámbitos de desarrollo profesional,
- la elaboración de un informe anual sobre el estado y situación de las profesiones sanitarias,
- la elaboración de propuestas de carácter general sobe la organización, régimen de prestación de servicios y ordenación de las profesiones sanitarias,

- la mediación y propuesta de soluciones en los conflictos de competencias entre las distintas profesiones sanitarias.

La composición de la Comisión Consultiva se regula en el artículo 48.1 de la LOPS:

a) 4 representantes del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, designados por el propio Consejo.

b) 2 representantes de los Médicos designados por el correspondiente Consejo General del Colegio.

c) 2 representantes de los Farmacéuticos designados por el correspondiente Consejo General del Colegio.

d) 2 representantes de los Enfermeros designados por el correspondiente Consejo General del Colegio.

e) 1 representante de los Dentistas designado por el correspondiente Consejo General del Colegio.

f) 1 representante de los Veterinarios designado por el correspondiente Consejo General del Colegio.

g) 1 representante de los Psicólogos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, etc, designado de común acuerdo por los Consejos Generales de los Colegios o por los Colegios Nacionales de las correspondientes profesiones.

h) 1 representante de los Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Podólogos, Opticos-Optometristas, Logopedas y Dietistas-Nutricionistas designados de común acuerdo por los Consejos Generales de Colegios o por los Colegios Nacionales de las correspondientes profesiones.

i) 1 representante de los Odontólogos, protésico dentales e higienistas dentales, designado de común acuerdo por los Consejos Generales de Colegios o, en su defecto, las Organizaciones Científicas.

j) 1 representante de los profesionales del área sanitaria de formación profesional de grado superior, designado de común acuerdo por las Organizaciones Científicas y Colegios Oficiales de los mismos.

k) 1 representante de los profesionales del área sanitaria de formación profesional de grado medio, designado de común acuerdo por las Organizaciones Científicas de los mismos.

l) 4 profesionales sanitarios de reconocido prestigio en el ámbito asistencial, designados por la CRHSNS.

m) 2 profesionales sanitarios de reconocido prestigio en el ámbito asistencial designados por las asociaciones y entidades que operen en la sanidad privada.

Los miembros de la Comisión se designan por un periodo de cuatro años renovable otros cuatro. Son nombrados y cesados de sus cargos por las instituciones que representan. (Artículo 48.2 LOPS).

La Comisión aprobará su Reglamento de Funcionamiento Interno, si bien el artículo 49 impone determinadas previsiones que dicho reglamento deberá respetar, como, por ejemplo, la obligación de elegir entre sus miembros a un Presidente y Vicepresidente y contar con un Secretario, que será designado directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con voz pero sin voto.

La Comisión se reunirá al menos dos veces al año, y funcionará en Pleno y en tantas Comisiones y Grupos de Trabajo como la propia Comisión decida constituir.

DISPOSICIONES ADICIONALES, TRANSITORIAS, DEROGATORIAS Y FINALES

Finaliza la LOPS con varias Disposiciones Adicionales, Transitorias, Derogatorias y Finales, muchas de las cuales ya han sido comentadas.

Por esta razón, nos limitaremos a señalar aquellas Disposiciones que aún no han sido comentadas:

- **Disposición Adicional Octava. Régimen de infracciones y sanciones.**

Esta D.A. 8ª amplía el régimen sancionador previsto en el Capítulo VI del Título I de la Ley General de Sanidad a las infracciones cometidas con ocasión del incumplimiento de los preceptos previstos en la LOPS.

No obstante, la infracción de las normas deontológicas contenidas en la LOPS, se sancionarán de conformidad con el régimen sancionador previsto por la Corporación Profesional correspondiente.

- **Disposición Derogatoria Única. Derogación de normas.**

Esta D.D. única, después de mencionar la derogación genérica y típica contenida en todas las normas, deroga expresamente la Ley 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas una vez entre en vigor el Real

Decreto regulador de la relación laboral especial de Residencia a que se refiere la Disposición Adicional Primera de la LOPS.

- **Disposición Final Primera. Título competencial.**

Según se desprende de la D.F. 1ª, la LOPS es una norma básica estatal ya que versa sobre materias que son competencia exclusiva del Estado de conformidad con el artículo 149.1 de la Constitución, en concreto regula:

- Las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (149.1.1ª).

- Legislación laboral, sin perjuicio de su ejecución por los órganos de las Comunidades Autónomas (149.1.7ª).

- Bases y coordinación general de la sanidad (149.1.16ª).

- Condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales y normas básicas para el desarrollo del artículo 27 de la Constitución, a fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los poderes públicos en esta materia.(149.1.30ª).

El carácter básico de la totalidad de esta Ley implica que el desarrollo y ejecución de sus preceptos por parte del Estado, las CC.AA. y las Autoridades Sanitarias, en el ámbito de sus competencias, deberán ejercerse con pleno respeto a su contenido, ello sin perjuicio del régimen foral de Navarra.

- **Disposición Final Segunda. Informes sobre Financiación.**

Con el ánimo de salvaguardar el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud, la D.F. 2ª exige que un órgano colegiado interministerial informe preceptivamente sobre aquellos asuntos que se deriven de la aplicación de la LOPS.

El citado informe habrá de presentarse ante el CISNS y ante el Ministerio de Hacienda que está obligado a trasladarlo al Consejo de Política Fiscal y Financiera que, después de su análisis, propondrá, en su caso, las medidas necesarias para garantizar el equilibrio financiero del SNS.

2 VALORACIÓN SINDICAL

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Durante muchos siglos la única profesión que existió en el ámbito sanitario fue la de Médico; no es hasta mediados del siglo XIX cuando se separa nítidamente la figura del Médico con la de otros profesionales del campo sanitario como el Practicante en medicina y cirugía y la Matrona o Partera.

La consolidación de la figura de los Practicantes y las Matronas, determinó la necesidad de regular los estudios habilitadores para el ejercicio de estas profesiones y el ámbito de sus competencias.

Surge así el primer precedente normativo de nuestra ordenación profesional, concretamente la Real Orden de 21 de noviembre de 1861, cuyo artículo 49 definía el ámbito profesional de los practicantes autorizándoles "*para ejercer la parte meramente mecánica y subalterna de la Cirugía, en conformidad a los estudios prescritos en el artículo 15*[1]" .

Mediante el Real Decreto de 10 de agosto de 1904 se reorganizan los estudios para acceder al título de Practicante y Matrona, pero no fue hasta el año 1927 cuando la enfermería adquirió entidad propia y se reguló por primera vez.

La Ley de Bases de Sanidad de 1944 ordenó la unificación de las "profesiones auxiliares sanitarias" y que las competencias de la profesión que ex novo resulta de aquella unificación fueran indicadas o dirigidas por personal médico.

En cumplimiento de la citada Ley de Bases, mediante el Decreto de 27 de junio de 1952 se reguló el funcionamiento de las Escuelas de Enfermeras, unificándose así los estudios para acceder al título de Practicante, Matrona y Enfermera y dando efectividad a la profesión y al título único de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), que fue definitivamente creado por Decreto de 4 de diciembre de 1953 del Ministerio de Educación Nacional, y donde también se reconoció la posibilidad de que los estudios

[1] Señalaba el citado artículo 15: "*Para aspirar al título de Practicante se necesita haber cursado y aprobado las siguientes materias teórico-prácticas:*

1.- *Nociones de la Anatomía exterior del cuerpo humano, y con especialidad de las extremidades y de las mandíbulas.*
2.- *Arte de los vendajes y apósitos más sencillos y comunes en las operaciones menores, y medios de contener los flujos de sangre y precaver los accidentes que en éstas puedan ocurrir.*
3.- *Arte de hacer las curas por la aplicación al cuerpo humano de varias sustancias blandas, líquidas y gaseosas.*
4.- *Modo de aplicar al cutis tópicos irritantes, exutorios y cauterios.*
5.- *Vacunación, perforación de las orejas, escarificaciones, ventosas y manera de sajarlas.*
6.- *Sangrías generales y locales.*
7.- *Arte del dentista y del callista*".

generales para acceder al título de Ayudante Técnico Sanitario se ampliaran con Especialidades, la primera la de Matrona.

El Decreto de 26 de julio de 1956 no consideró el título de ATS como una auténtica "profesión", ya que las actividades a desarrollar por estos profesionales tenían que ser supervisadas o indicadas por un médico.

Las actividades de los ATS se regulaban por una pluralidad de normas. La necesidad de terminar con esta fragmentación normativa y acomodar las funciones de estos titulados a las exigencias sanitarias de la época, a las enseñanzas impartidas y a la experiencia adquirida, justificó que se dictara el Decreto de 17 de noviembre de 1960[2], por el que se regula la competencia profesional de los ATS, y de los practicantes y matronas con títulos obtenidos con arreglo a la legislación anterior al Decreto de 4 de diciembre de 1953.

Constituye así el Decreto de 1960 el segundo precedente más importante en la ordenación de nuestra profesión. Esta norma amplió notablemente las competencias de los ATS que aún no eran considerados "profesionales", ya que la dirección y supervisión de la totalidad del proceso asistencial continuaba siendo responsabilidad del médico, sin perjuicio que en los casos urgentes el ATS podía prestar asistencia inmediata hasta la llegada del médico o titular de superior categoría.

La década de los setenta fue determinante para nuestra profesión. La Ley General de Educación 14/1970, de 4 de agosto, en su Disposición Transitoria 2ª concedió al Gobierno la opción de convertir las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias o Centros de Formación Profesional, según la extensión y naturaleza de sus enseñanzas.

El Gobierno utilizó en un sentido favorable para nuestra profesión esta opción, ya que mediante el Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se convierten en Escuelas Universitarias de Enfermería y la primera promoción de Diplomados Universitarios en Enfermería se diplomó durante el curso académico 1979-1980.

---

[2] Decreto de 17 de noviembre de 1960. Artículo 2: "*Los Ayudantes técnicos sanitarios serán habilitados para realizar las siguientes funciones:*

a) Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.
b) Auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.
c) Practicar las curas de los operados.
d) Prestar asistencia inmediata, en casos urgentes, hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habrán de llamar perentoriamente.
e) Asistir a los partos normales cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello.
f) Desempeñar todos los cargos y puestos para los que en la actualidad se exigen los títulos de Practicante o Enfermera, con la sola distinción que en cada caso corresponda a los Ayudantes masculinos o a los femeninos".

El progresivo avance de la Enfermería durante todos estos años ha sido espectacular, hoy nadie duda de nuestra cualificación académica ni de nuestra consideración de "profesión sanitaria titulada" en el sentido pretendido por el artículo 36 de la Constitución de 1978[3].

Pero a pesar de estos logros, la normativa que regula la enfermería desafortunadamente no ha sido capaz de ir a nuestro paso.

Hasta la promulgación de la LOPS no contábamos con una norma con rango de Ley que ordenara nuestra profesión. La somera descripción de funciones prevista en el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo del año 1973, sólo era aplicable al colectivo estatutario de la Seguridad Social y en ningún caso respetaba los principios de autonomía, autodisciplina, responsabilidad profesional en la toma de nuestras decisiones, que son características básicas del ejercicio de una profesión.

Con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias el legislador ha conseguido ponerse al día con nuestra profesión, atribuyéndonos el reconocimiento y competencias profesionales propias de nuestra titulación universitaria.

PRECEDENTES ACTUALES

El derecho reconocido en el artículo 36 de la Constitución para todas las profesiones tituladas se reiteró para el ejercicio privado de las profesiones tituladas sanitarias en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que con la rúbrica genérica "*Del ejercicio libre de las profesiones sanitarias*" dedicó su artículo 88 a proclamar que:

> "*Se reconoce el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución*".

La primera profesión titulada de la rama sanitaria que hizo efectivo el derecho enunciado en el artículo 36 de la Constitución y 88 de la Ley General de Sanidad, fue la de los profesionales relacionados con la Salud Dental[4].

El resto de los profesionales sanitarios titulados (médicos, veterinarios, farmacéuticos, enfermeros, terapeutas, etc), carecían de una Ley que ordenara su profesión.

Esta situación de vacío legal motivó que la enfermería reivindicara la promulgación de una norma capaz de regular el ejercicio de su profesión y, a tal fin, se ela-

[3] Artículo 36 de la Constitución: "*La Ley regulará (...) el ejercicio de las profesiones tituladas, (...)*".

[4] Nos referimos concretamente a la Ley 10/1986, de 17 de marzo sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la Salud Dental. (BOE 68/1986).

boraron distintas propuestas y recomendaciones que analizaban la forma más adecuada de encauzar este propósito.

Entre las propuestas más interesantes están las realizadas por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en su estudio del año 1983 que tuvieron distinto calado en el Derecho Comparado.

Así nos encontramos con algunos países, como Canadá, que han optado por regular el ejercicio de la profesión de una forma amplia y genérica, frente a otros, como Francia, que enuncian exhaustivamente las competencias profesionales del colectivo.

En España el primer y único intento oficial de regular el ejercicio de las profesiones tituladas sanitarias se acometió en el año 1993, cuando la Secretaría General de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Ordenación Profesional, asumió el compromiso de promover un marco para el desarrollo y ejercicio de las profesiones sanitarias.

La idea promovida y propuesta desde aquella Dirección General, consistió en elaborar una norma que, con rango de Ley, integrase aspectos como la definición de las profesiones sanitarias, la formación y la carrera profesional.

A tal efecto se redactaron veintiocho bases insertadas en un documento denominado "Bases para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias" que, previa discusión con los distintos interlocutores sociales, se transformaría en un texto articulado para su posterior aprobación por el Consejo de Ministros.

El citado texto no llegó a ver más luz que la de los pasillos del Ministerio de Sanidad, entre otras razones porque SATSE entendió y así manifestó, que el documento partía de un concepto de "profesión titulada sanitaria" inadecuado.

Prueba de ello es que el ámbito competencial que se atribuía a la enfermería (el apoyo y cooperación con los profesionales sanitarios de nivel Facultativo en las distintas fases del proceso de atención de salud, especialmente en la aplicación de las medidas preventivas o terapéuticas que estime necesario administrar) era simple y llanamente inaceptable por no ajustarse a la realidad técnico-profesional de los tiempos y de nuestra titulación.

En el 2003, el Ministerio de Sanidad y Consumo acometió nuevamente el reto de desarrollar el artículo 36 de la Constitución respecto a las profesiones tituladas sanitarias y, a tal efecto, redactó el Anteproyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Este documento se presentó a los interlocutores sociales, quedando sólo pendiente que el Ministerio de Sanidad y Consumo lo trasladara al Consejo de Ministros para

su aprobación como Proyecto de Ley y su posterior remisión a las Cortes Generales para su tramitación parlamentaria.

El 16 de mayo de 2003, el Consejo de Ministros aprobó el Proyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, caracterizado por la escasa negociación que hubo con los agentes sociales interesados en el tema.

La postura negativa de SATSE ante este documento, se plasmó oficialmente en un escrito que se remitió a principios de junio al Ministerio de Sanidad y Consumo y a los distintos Grupos Parlamentarios. Entre las razones argumentadas, destacamos aquella que señalaba que la redacción propuesta no aclaraba ni definía los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias, con tres consecuencias inmediatas y concretas para la enfermería:

- subordinación profesional respecto a otras profesiones sanitarias,
- continuidad con la actual infrautilización profesional,
- persistencia de la situación de confusión de los ámbitos competenciales entre las distintas profesiones y profesionales sanitarios, origen del intrusismo.

En definitiva, por esta y otras razones, la postura de SATSE sobre el Proyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se puede resumir transcribiendo literalmente la conclusión con la que cerrábamos el documento que recogía nuestra postura oficial:

> "Como ya hemos manifestado y justificado, desde el punto de vista del Sindicato de Enfermería estamos ante un Proyecto de Ley caracterizado por el vago esfuerzo que hace para determinar los ámbitos profesionales de actuación de las titulaciones universitarias en Ciencias de la Salud, con la consecuencia de que su promulgación no terminará, sino que fomentará, un mal ya endémico en este campo como es el constante peregrinar de los profesionales ante los Tribunales de Justicia para que sea el Poder Judicial quien aclare los campos profesionales que el Poder Legislativo no ha sido capaz.
>
> Respecto al trato profesional que el Proyecto de Ley dispensa a los Diplomados Universitarios en Enfermería, poco hay que añadir, basta apuntar que mediante un simple párrafo el legislador conseguirá privar a la enfermería de unos logros profesionales que ha tardado años en conseguir.
>
> La laxitud en la ordenación profesional contenida en los Títulos Preliminar y Primero, se contrapone con la rigidez que los sucesivos Títulos tratan otras cuestiones como la formación, donde con independencia de sus muchos aciertos, nos permite vislumbrar que más que regular un derecho de los pro-

fesionales como instrumento para su motivación profesional, la auténtica voluntad del redactor va dirigida a conseguir una asistencia sanitaria óptima y de calidad a costa de imponer deberes y someter a evaluaciones y controles a los profesionales.

En definitiva, estamos ante una Ley ambiciosa en intenciones pero que parte de un punto equivocado".

La rotundidad y trascendencia de esta postura, avalada con argumentos sólidos, fundamentados y suficientemente motivados, hasta el extremo de analizar de forma exhaustiva, pormenorizada y crítica cada uno de los artículos del Proyecto, proponiendo redacciones alternativas para cada uno de ellos, motivó que el Proyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias fuera objeto de numerosas enmiendas durante su tramitación parlamentaría, muchas de las cuales venían a dar la razón al posicionamiento de SATSE.

El día 6 de noviembre de 2003 se aprobó por las Cortes Generales la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, publicada en el Boletín Oficial del Estado el día 22 de noviembre de 2003. (BOE núm. 280).

VALORACIÓN SINDICAL DE LA LEY 44/2003, DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Ya hemos comentado que la postura oficial de SATSE contribuyó notoriamente a reconducir durante su tramitación parlamentaria el contenido de la actual Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

Una vez que esta Ley ya ha sido publicada y es plenamente vigente, se hace necesaria una valoración sindical de su texto definitivo, y no sólo en lo referido a su contenido, sino también en las consecuencias prácticas que su aplicación producirá en nuestra profesión.

La sistemática que se va a seguir en la valoración sindical de SATSE se organizará por materias, haciendo una mención simultánea a cómo se regulan en la Ley 44/2003, y cómo pretendían regularse en borradores anteriores.

En concreto, estas materias serán:

1. Definición y estructura de las Profesiones Sanitarias Tituladas.
2. Profesionales del área sanitaria de formación profesional.
3. Competencias profesionales.
4. Formación pregrado, especializada y continuada.
5. Desarrollo Profesional: Carrera Profesional.
6. Ejercicio profesional privado.

7. Participación de los profesionales.
8. Cuestiones complementarias.
9. Puntos clave positivos y negativos de la Ley 44/2003, según SATSE.

Con ello, lo que se pretende es poner de manifiesto las aportaciones y logros que SATSE ha conseguido a lo largo del tiempo.

Asimismo, la valoración sindical de las diferentes materias, irá acompañada de un análisis de las repercusiones que, presumiblemente, se derivarán para la profesión de enfermería.

Finalizará este apartado con un esquema donde se extracta y resume los aspectos más relevantes de la valoración sindical de SATSE.

Valoración Sindical por materias

• Definición y estructura de las Profesiones Sanitarias Tituladas

La LOPS delimita claramente lo que ha de entenderse por profesiones sanitarias tituladas. A tal efecto, sólo considera como tales a los profesionales que tienen una formación pregraduada o especializada. La expresión de "formación pregraduada" o "especializada" sólo es aplicable a los títulos universitarios; lo que en definitiva se traduce en que los enfermeros, al ser titulados universitarios, constituyen una profesión sanitaria.

Por el contrario, aquellos titulados que carezcan del nivel universitario, como por ejemplo, los Técnicos en Formación Profesional, no tienen la consideración de profesión sanitaria, excepto los Protésicos Dentales e Higienistas Dentales ya que en el año 1986, la Ley les confirió la condición de profesión sanitaria.

Conviene destacar, que la definición de "profesión sanitaria titulada" contenida en la LOPS, no ha sido la empleada en el documento denominado "Bases para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias" del año 1993. Este documento, no delimitaba claramente lo que debía de entenderse por profesión sanitaria, lo que a nuestro entender, podría inducir a numerosos conflictos ante la diversidad de interpretaciones que eran posibles.

En la evolución que ha experimentado, por tanto, la definición de "profesión sanitaria", desde el texto del 93 a la actual, SATSE ha contribuido de forma notoria a que este concepto sea más preciso, y en este sentido, la LOPS estructura claramente las profesiones sanitarias tituladas en dos niveles: Licenciados Universitarios y Diplomados Universitarios.

Asimismo, los niveles en los que se estructuraban las profesiones sanitarias tituladas en el documento de "*Bases para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias*",

se empleaba el término de "Facultativo", en clara referencia al personal médico, en vez de el de "Licenciado", lo que para SATSE no era correcto, ya que se trataba de una estructura cuya clasificación en ningún momento se correspondía con la prevista en la legislación universitaria.

- **Profesionales del área sanitaria de Formación Profesional**

La delimitación del concepto de "profesión sanitaria" que se ha apuntado en el apartado anterior, también se pone de manifiesto en el trato que la Ley otorga a los profesionales del área sanitaria de Formación Profesional, que están excluidos del artículo dedicado a las profesiones sanitarias tituladas.

Pero aún más, para que no exista duda alguna de que los profesionales sanitarios del área de Formación Profesional no constituyen profesión sanitaria, su mención en la LOPS se justifica aludiendo al artículo 35 de la Constitución, que reconoce el derecho de todos los españoles a la libre elección de profesión u oficio, y no al 36 del citado texto que, como ya se ha dicho, es el que ordena que las profesiones tituladas se regulen mediante norma con rango de Ley.

- **Competencias Profesionales**

Los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias también han experimentado un importante avance a favor de los profesionales de enfermería.

En este sentido, el documento del año 1993, atribuía a las enfermeras "la prestación de cuidados y el apoyo a los facultativos". Como ya hemos dicho, las competencias que este documento nos atribuía fue motivo suficiente para que SATSE lo rechazará frontalmente.

El anteproyecto de la LOPS de 2003, dio un paso hacia delante asignando a las enfermeras "la prestación de cuidados y colaboración con los licenciados". Ni que decir tiene que SATSE tampoco estuvo de acuerdo con este nuevo intento hecho por la Administración, y después de numerosas reuniones y negociaciones SATSE ha conseguido que el texto definitivo de la LOPS atribuya a los profesionales de enfermería "la dirección, prestación y evaluación de cuidados de enfermería orientados a la promoción, prevención, mantenimiento, recuperación de la salud y atención a los discapacitados."

La descripción de estos ámbitos competenciales, aunque genéricos son, sin lugar a dudas, un hito histórico para nuestra profesión, ya que por primera vez en una norma escrita se nos reconoce la autonomía científica y técnica, responsabilidad, capacidad de dirección y autoevaluación propios de nuestro ejercicio profesional.

Aún más, las facultades de dirección y evaluación sólo son concedidas por la LOPS a dos profesiones sanitarias: los médicos y las enfermeras. Por esta razón, SATSE

entiende que los auténticos protagonistas de esta Ley son los licenciados en medicina y los diplomados en enfermería.

En cuanto a la forma de trabajar de los profesionales y las relaciones entre ellos, la Ley contempla los principios que han de inspirar las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo. En este sentido, la articulación del trabajo desarrollado por un Equipo de Profesionales también ha variado.

Así, en el anteproyecto de la LOPS de 2003, la organización interna del Equipo estaba basada exclusivamente en relaciones de jerarquía. Sin embargo en el texto actual, SATSE ha conseguido que estas relaciones internas sean jerárquicas o colegiadas, lo que significa que las enfermeras tienen capacidad de decisión en función de sus conocimientos y competencias específicas como integrantes de ese Equipo de Profesionales.

En lo referente al concepto denominado "gestión clínica", el anteproyecto de la LOPS reservaba tácitamente su ejercicio a los licenciados en medicina. SATSE ha conseguido que la LOPS reconozca expresamente a los diplomados en enfermería su derecho a desempeñar las funciones de gestión clínica y, por tanto, el acceso a funciones de Jefatura o Coordinación de Unidades, tutorías y organización de formación especializada, continuada, de investigación y participación en proyectos de carácter sanitario.

- **Formación pregrado, especializada y continuada**

SATSE siempre ha considerado que la actualización permanente de los conocimientos de los profesionales constituye un mecanismo imprescindible para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir una mayor implicación e interés de los profesionales en su ejercicio profesional.

Uno de los instrumentos más útiles para conseguir este propósito es la formación continuada, que tradicionalmente se contempla como un deber que los profesionales han de cumplir. Pero contemplar a la formación continuada sólo bajo la óptica de un deber desvirtúa su papel de instrumento de incentivación y motivación de los profesionales.

Gracias a SATSE, la LOPS contempla la formación continuada no sólo como un deber, sino también, y de forma novedosa, como un derecho del profesional que deberá estar facilitado por las Instituciones y Centros Sanitarios.

Aún más, también hemos conseguido que la formación continuada no acreditada y obtenida con anterioridad a la entrada en vigor de la LOPS tenga un peso específico en la carrera profesional, aspecto éste no contemplado en el anteproyecto de la LOPS. SATSE ha logrado que en la LOPS esa formación sea valorada por los tribunales encargados de baremar los méritos para la carrera profesional.

En cuanto a la formación especializada, la LOPS limita su acceso a los Licenciados y Diplomados universitarios. Sin embargo, en el caso de los Diplomados universitarios en Enfermería, se autoriza al Gobierno para que adapte su formación para acceder al correspondiente título de Especialista. SATSE considera que la posibilidad de que los profesionales de enfermería puedan acceder a un título de Especialista, mediante una adaptación propuesta por el gobierno pero que la LOPS no define ni desarrolla, podría dar lugar a una fragmentación de la calidad de la formación especializada, lo que a su vez podría tener unas repercusiones de distinto signo en el reconocimiento social, profesional y laboral del enfermero especialista.

Por otra parte, SATSE valora positivamente la creación de las Comisiones de Docencia, donde habrá representación de los profesionales de enfermería para aquellas Especialidades propias de su campo, y cuya finalidad será la de organizar la formación especializada, facilitando la integración de las actividades formativas en las actividades asistenciales, y supervisar su aplicación práctica. Esto supone que las enfermeras participarán en su propia formación especializada, algo que SATSE venía demandando desde hace mucho tiempo.

- **Desarrollo Profesional: Carrera Profesional**

El acceso al sistema de Desarrollo Profesional se limita a los Licenciados y Diplomados universitarios en Ciencias de la Salud.

Asimismo, el modelo de Desarrollo Profesional que en su día se regule e implante por las Administraciones Sanitarias para sus respectivos Centros y Establecimientos, deberá seguir los principios generales que la LOPS establece para su obligado cumplimento en todo el territorio nacional. Estos principios generales, en muchos de sus extremos, siguen el modelo de Carrera Profesional elaborado y defendido por SATSE y prueba de ello es que, por ejemplo, la experiencia profesional y la formación continuada acreditada, se consideran como aspectos clave para acceder a la Carrera Profesional o a grados superiores de ésta.

Pero aún más, la necesidad, también defendida por SATSE, de que la Carrera Profesional tenga una incidencia específica en las retribuciones del profesional, en función del grado alcanzado, también se contempla por la LOPS que al respecto señala que la repercusión de la Carrera Profesional sobre la estructura retributiva, deberá ser objeto de negociación con las organizaciones sindicales.

La influencia de nuestro Sindicato en el capítulo que contempla el Desarrollo Profesional no sólo se pone de manifiesto en estos aspectos, sino también en el momento de su implantación. En este sentido, conviene señalar que el anteproyecto de LOPS preveía dos momentos distintos para la implantación del Desarrollo Profesional, en concreto, 4 años a contar desde el momento de su entrada en vigor para los Licenciados y 5 años para el caso de los Diplomados.

A juicio de SATSE, los diferentes momentos de implantación del Desarrollo Profesional, por la única razón de su nivel universitario, carecía de toda lógica y era totalmente discriminatorio. La opinión de SATSE fue finalmente compartida por los redactores del texto final de la LOPS, que, como se puede apreciar, contempla un periodo de implantación del Desarrollo Profesional común de 4 años para todos los profesionales sanitarios titulados, con independencia del nivel universitario de su título académico.

Finalizamos este apartado valorando positivamente la homologación de la Carrera Profesional que se atribuye al Consejo Interterritorial del SNS. Para SATSE, la homologación de la Carrera en todo el territorio nacional es condición necesaria, aunque no suficiente, para garantizar la movilidad de los profesionales por todo el Sistema Sanitario.

- **Ejercicio profesional privado**

En el ámbito sanitario privado, la estabilidad en el empleo es un factor decisivo para mejorar la motivación y la implicación de los profesionales sanitarios en el proceso asistencial, lográndose con ello mejorar la calidad de las prestaciones y servicios que se dispensan a la población, y una mayor transparencia en el funcionamiento de los Centros e Instituciones Sanitarias privadas.

El anteproyecto de LOPS ya contemplaba esta necesidad, y al efecto señalaba que los profesionales sanitarios que ejercieran en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, tenían que contar con un "marco laboral estable". Sin embargo, y a juicio de SATSE, esta última expresión no era suficientemente clara, lo que podía dar lugar a múltiples interpretaciones.

La LOPS delimita más claramente esta expresión, y de esta forma, cuando enuncia los principios en los que ha de inspirarse el ejercicio privado y por cuenta ajena de la profesión sanitaria titulada, sustituye la frase anterior por la de "marco de contratación estable", que apunta a una estabilidad en el empleo que traerá como consecuencia una notable reducción de la precariedad laboral actual.

Otro de los principios generales que la LOPS impone para dotar de transparencia al ejercicio profesional por cuenta ajena o propia en el ámbito sanitario privado, es la necesidad de que todos los profesionales cuenten con un seguro de responsabilidad civil. Sobre esta cuestión, en la determinación de los aspectos esenciales de la cobertura del aseguramiento, la LOPS contempla la participación de los profesionales y de las organizaciones sindicales.

Por último, y en lo relativo a la prestación de servicios por cuenta propia, la LOPS contempla la necesidad de que todos los contratos de prestación de servicios sanitarios, y sus eventuales modificaciones, deberán formalizarse por escrito. Para SATSE, este requisito formal que se impone para todos los profesionales que trabajen en el ámbito sanitario privado, supone una auténtica garantía y una seguridad tanto para el usuario como para el propio profesional.

- **Participación de los profesionales**

La creación de la Comisión Consultiva Profesional, como órgano de participación de los profesionales en la ordenación y planificación de su profesión, puede suponer un avance favorable para los profesionales, por lo que inicialmente su creación nos parece correcta. Pero si la existencia en abstracto de esta Comisión nos merece esta opinión, no podemos decir lo mismo respecto a su composición y a las funciones que el anteproyecto de Ley le encomendaba.

Así, y en lo relativo a la composición, el anteproyecto de LOPS incluía a los estamentos profesionales de todas las profesiones sanitarias tituladas y a las organizaciones profesionales de F.P. SATSE no consideró ajustada a la realidad profesional actual esta composición, por varias razones, entre otras, porque a nuestro entender no había ningún motivo que justificara la intervención de las organizaciones profesionales de los titulados en F.P en una Comisión que inicialmente había sido creada para regular y ordenar las profesiones sanitarias. El legislador se hizo eco de esta reivindicación sólo en parte, y así, el texto actual ha atribuido a las "*organizaciones científicas de los titulados en F.P.*", las funciones que el anteproyecto otorgó a las organizaciones profesionales.

Pero lo que nos parece totalmente inaceptable, es la no inclusión de los representantes sindicales de los profesionales sanitarios titulados en la Comisión Consultiva Profesional. Para el Sindicato de Enfermería, SATSE, la consecuencia más inmediata de esta exclusión, será el alejamiento de la realidad profesional de la Comisión en todas aquellas cuestiones que afecten a las lícitas reivindicaciones profesionales, ya que, el nexo de unión entre los profesionales y los órganos consultivos de la Administración han sido siempre las organizaciones sindicales.

En cuanto a las funciones de la citada Comisión, la postura de SATSE ante la redacción del anteproyecto de la LOPS también fue negativa, y ello porque entre las funciones que se le atribuían, estaba la de "*(...) elaboración de propuestas de carácter legislativo, organizativo y retributivo respecto a las profesiones sanitarias*". Gracias a SATSE esta redacción se retiró, de forma que en el texto definitivo de la LOPS, las funciones que se le asignan a la Comisión, son más coherentes con su naturaleza. Prueba de ello es que la funciones anteriormente mencionadas, se han sustituido por otras más genéricas y acertadas como las consistentes en "*... la elaboración de propuestas sobre la organización, régimen de prestación de servicios y ordenación de las profesiones sanitarias...*".

- **Cuestiones complementarias**

La aplicación de esta Ley a todos los profesionales sanitarios titulados, con independencia del carácter público o privado del establecimiento o centro sanitario en el que prestan sus servicios, nos parece acertada, ya que en la ordenación legal de

cualquier profesión, no cabe la existencia de diferencias por razón del marco en el que aquellos prestan sus servicios.

Sobre esta cuestión, el texto de la LOPS expresamente contempla que sus disposiciones " *... se aplicarán a los titulados ... cuando presten sus servicios profesionales en centros sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud o cuando desarrollen su ejercicio profesional por cuenta propia o ajena en el sector sanitario privado*".

Asimismo, una ley ordenadora de las profesiones tampoco puede hacer diferencias por razón del plan de estudios que, en un momento determinado, estaba vigente para acceder al ejercicio de una profesión. En este sentido, la LOPS reconoce expresamente el carácter de profesionales sanitarios titulados a los Ayudantes Técnico Sanitarios, cuestión ésta que SATSE siempre ha defendido.

- **Puntos clave positivos y negativos de la LOPS, según SATSE**

A la vista de lo expuesto en los puntos anteriores, concluimos esta valoración sindical señalando que, en opinión de SATSE, la LOPS es una norma de futuro y que bien empleada, puede abrir numerosas oportunidades para los profesionales de enfermería.

Por ello, y aunque no es la Ley que SATSE habría respaldado sin reservas, nos merece una opinión general favorable, aunque por supuesto, entendemos que hay numerosos aspectos que podían haber sido mejorados a lo largo de su elaboración y tramitación parlamentaria.

Los aspectos que consideramos más positivos los podemos resumir en los siguientes puntos:

1. Con la promulgación de la LOPS los profesionales de enfermería ven, en cierta medida, cumplida una de sus reivindicaciones históricas.

2. La LOPS define el ámbito competencial de los profesionales de enfermería de una forma digna y apropiada a su estatus profesional y les reconoce la capacidad de dirigir y ejercer sus propias competencias con autonomía y plena capacidad de decisión.

3. La formación continuada se reconoce, por primera vez, como un derecho de los profesionales y no sólo como un deber; esta nueva perspectiva de la formación continuada contribuirá, sin lugar a dudas, a la motivación de los profesionales.

4. La previsión de que los profesionales sanitarios titulados participen en la organización y en las tutorías de su formación especializada formando parte

de las Comisiones de Docencia, es una reivindicación demandada desde hace años.

5. El modelo de Desarrollo Profesional que las Administraciones Sanitarias han de seguir en la implantación de la Carrera Profesional de sus profesionales sanitarios titulados, sigue básicamente las pautas marcadas en su día por SATSE.

En cuanto a los aspectos que nos parecen más negativos y criticables de la LOPS, podemos resumirlos en los siguientes puntos:

1. Estamos ante una Ley ambigua e inconcreta en muchos artículos, que pueden dar lugar a múltiples interpretaciones. Con la aprobación de la Ley se ha perdido una oportunidad para aclarar definitivamente las competencias y funciones específicas de la profesión.

2. No resuelve los eventuales conflictos que pueden darse entre los profesionales sanitarios, lo que derivará en la continuidad de muchos de los actuales problemas y de conductas consideradas como propias del intrusismo profesional.

3. La consideración de los Protésicos e Higienistas Dentales como profesión sanitaria titulada, rompe frontalmente con la concepción de profesión sanitaria titulada propugnada desde la propia Ley.

4. La facultad que se otorga al Gobierno para adaptar los títulos de Especialistas en algunas profesiones, como por ejemplo la enfermería, puede suponer una fractura en el modelo de formación especializada, y una distinta consideración social y profesional de los especialistas.

5. A nuestro juicio, la exclusión de las organizaciones sindicales en la Comisión Consultiva Profesional supondrá que muchos de los planteamientos y aspectos que se traten en su seno, estarán alejados de las reivindicaciones de carácter profesional y por ello no se ajustarán a la realidad cotidiana que viven los profesionales.

- **Cuadros resumen valoración sindical**

Con el ánimo de facilitar esta valoración sindical, y para terminar con el análisis que hemos hecho de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, a continuación insertamos unos cuadros donde se resume la evolución que las diferentes materias de la Ley han sufrido en el documento de "Bases para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias" del año 1993, en el Anteproyecto de LOPS de 2003 y en el texto definitivo de la LOPS que ha sido publicado en el Boletín Oficial del Estado del pasado mes de noviembre de 2003.

	DOCUMENTO BASES ORDENACIÓN PROFESIONAL 1993	ANTEPROYECTO LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003	LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003
	Profesiones sanitarias	**Profesiones sanitarias**	**Profesiones sanitarias tituladas**
Composición, definición y estructura de las Profesiones Sanitarias	Facultativos Diplomados Formación profesional	Licenciados Diplomados	Licenciados Diplomados
	Facultativos: Dirección, supervisión y evaluación atención a la salud	Licenciados (SATSE*): Dirección, supervisión y evaluación de la atención a la salud (SATSE*)	Licenciados (SATSE*): Dirección, supervisión y evaluación de la atención a la salud (SATSE*)
Ámbito Competencial de la profesión de Enfermería	Diplomados: prestación cuidados y apoyo a la facultativos. Administración medidas preventivas y terapéuticas.	Diplomados: prestación de cuidados y colaboración con los licenciados. (SATSE*). Prestación de cuidados en promoción, prevención, mantenimiento y recuperación.	Diplomados: dirección, prestación y evaluación de cuidados (SATSE*). Prestación de cuidados en promoción, prevención, mantenimiento, recuperación de la salud y discapacitados.
Profesionales. Area Sanitaria. FP	Técnicos de FP: Son profesiones sanitarias	Técnicos de FP: No son profesiones sanitarias	Técnicos de FP: No son profesiones sanitarias
Relaciones interprofesionales		Trabajo en equipo: Reforma jerarquizada. Gestión y dirección clínica sólo para licenciados	Trabajo en equipo: De forma jerarquizada o colegiada. (SATSE*) Gestión clínica para todos los profesionales sanitarios (SATSE)
Formación de los profesionales	La formación. No se contempla ni como derecho ni como deber	La formación. Se contempla como deber pero no como derecho	La formación. Se contempla como derecho y como deber (SATSE*)

** Propuestas en las que SATSE ha participado activamente en su consecución.*

	DOCUMENTO BASES ORDENACIÓN PROFESIONAL 1993	ANTEPROYECTO LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003	LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003
Formación Especializada	Formación Especializada: - De carácter troncal - No Áreas de Capacitación Específica - Sistema de Residencia - Sistema de no Residencia Separa la formación especializada de Facultativos y Diplomados	Formación Especializada: - De carácter troncal - Áreas de Capacitación Específica - Sistema de Residencia - Adaptación por el Gobierno del sistema de Residencia (excepto médicos) No separa la formación de Licenciados y Diplomados	Formación Especializada: - De carácter troncal - Áreas de Capacitación Específica - Sistema de Residencia - Adaptación por el Gobierno del sistema de Residencia (excepto médicos) No separa formación de Licenciados y Diplomados
		Cambio del modelo de prueba para el acceso a las especialidades	Cambio del modelo de prueba para el acceso a las Especialidades
	Acreditación Centros y Unidades para la Formación Especializada: Acredita MSyC	Acreditación Centros y Unidades para la formación especializada: Acredita MSyC	Acreditación Centros y Unidades para la Formación Especializada: Acredita MSyC. La Agencia de Calidad del SNS realiza Auditorías e Informes de Acreditación
	Comisión de Docencia por Centro para especialistas en formación	Comisión de Docencia por Centro para especialistas en formación. Las CC.AA. definen la composición de la Comisión de Docencia	Comisión de Docencia por Centro para especialistas en formación. Las CC.AA. definen la composición de la Comisión de Docencia

	DOCUMENTO BASES ORDENACIÓN PROFESIONAL 1993	ANTEPROYECTO LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003	LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003
	Profesiones sanitarias	**Profesiones sanitarias**	**Profesiones sanitarias tituladas**
Formación Especializada		Dentro del capítulo de la Formación Especializada no se incluye la Formación Profesional	Dentro del capítulo de la Formación Especializada no se incluye la Formación Profesional
	No contempla formación para una nueva especialidad	Formación para una nueva especialidad dentro del mismo tronco	Formación para una nueva especialidad dentro del mismo tronco
Formación Continuada	Comisión de SNS para la Formación Continuada dentro CISNS compuesta por: - MSyC - CC.AA. - Consejo Nacional de Especialidades	Comisión de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias dentro CISNS compuesta por: - MSyC - CC.AA. - Colegios Profesionales - Universidades - Consejo Nacional Especialidades - Sociedades Científicas	Comisión de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias dentro CISNS compuesta por: - MSyC - CC.AA. - Colegios Profesionales - Universidades - Consejo Nacional Especialidades - Sociedades Científicas
	No contempla Acreditación de profesionales	Acreditación de profesionales por MSyC y CC.AA. Organismos de Acreditación son independientes de los Organismos de Provisión de la formación	Acreditación de profesionales por MSyC y CC.AA. y, por delegación, los colegios profesionales. Los Organismos de Acreditación son independientes de los Organismos de Provisión de la formación

	DOCUMENTO BASES ORDENACIÓN PROFESIONAL 1993	ANTEPROYECTO LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003	LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003
	Profesiones sanitarias	**Profesiones sanitarias**	**Profesiones sanitarias tituladas**
Formación Continuada	La acreditación de la Formación Continuada (FC) se valorará para la Carrera Profesional	Se considerará la Formación Continuada (FC) acreditada para la Carrera Profesional	Se considerará la FC acreditada para la Carrera Profesional. La FC previa y no acreditada será considerada por los comités responsables de valorar méritos para Carrera Profesional (SATSE*)
	No contempla Diplomas de Acreditación ni de Acreditación avanzada	Expedición de Diplomas de Acreditación y de Acreditación avanzada por MSyC	Expedición de Diplomas de Acreditación y de Acreditación avanzada por MSyC
Desarrollo Profesional: CARRERA PROFESIONAL	Carrrera Profesional	Desarrollo Profesional: - Carrera Profesional - Formación Continuada - Evaluación de competencias	Desarrollo Profesional: - Carrera Profesional - Formación Continuada - Evaluación de competencias
	Para Facultativos y Diplomados	Para Licenciados y Diplomados (SATSE*)	Para Licenciados y Diplomados (SATSE*)
	Voluntario	Voluntario	Voluntario
	Pruebas de acreditación	Valoración de méritos: incluye "investigación"	Valoración de méritos: incluye "investigación"
	Carrera Profesional: 4 categorías	Carrera Profesional: 4 grados + 1 inicial opcional por las CC.AA.	Carrera Profesional: 4 grados + 1 inicial opcional por las CC.AA.

** Propuestas en las que SATSE ha participado activamente en su consecución.*

	DOCUMENTO BASES ORDENACIÓN PROFESIONAL 1993	ANTEPROYECTO LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003	LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003
Desarrollo Profesional: CARRERA PROFESIONAL	1ª categoría: 1 año + pruebas de acreditación	1er grado: 5 años + valoración de méritos	1er grado: 5 años + valoración de méritos
	2ª categoría y sucesivas: 5 años + prueba de acreditación	2º grado y sucesivos: 5 años + valoración de méritos	2º grado y sucesivos: 5 años + valoración de méritos
	Diploma de Acreditación: 1º y 2º y 3ª categoría expedido por CC.AA.		
	Diploma de Acreditación: 4ª categoría expedido por MSyC		
	Evaluación: La Comisión de Evaluación compuesta por: - Comunidad Autónoma - Consejo Nac. de Especialidades o Colegios Profesionales y Asociaciones Científicas	Evaluación: Comité Centro o Comité de la Institución. La Comisión de Evaluación compuesta por: - Representantes Servicio o Unidad - Evaluadores externos, Agencias de Calidad o Sociedades Científicas	Evaluación: Comité Centro o Comité de la Institución. La Comisión de Evaluación compuesta por: - Representantes Servicio o Unidad - Evaluadores externos, Agencias de Calidad o Sociedades Científicas
		Adaptación de criterios a cada Centro	Adaptación de criterios a cada centro
		Carrera Profesional para Centros Privados	Carrera Profesional para Centros Privados

	DOCUMENTO BASES ORDENACIÓN PROFESIONAL 1993	ANTEPROYECTO LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003	LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003
Desarrollo Profesional: CARRERA PROFESIONAL	No se contempla retribución por Carrera Profesional	Homologación de la Carrera Profesional en todo el SNS por el CISNS Retribuciones por Carrera Profesional negociada con los Sindicatos (SATSE*) Implantar C. Profesional: 4 años Licenciados y 5 años para Diplomados	Homologación de la Carrera Profesional en todo el SNS por el CISNS Retribución por Carrera Profesional negociada con los sindicatos (SATSE*) Implantar Carrera Profesional: 4 años tanto para Licenciados como Diplomados SATSE*)
Ejercicio Profesional Privado		- Marco laboral estable - Los Centros tendrán registros de profesionales - Formalización por escrito de todos los contratos - Cobertura de responsabilidad civil obligatoria	- Marco de contratación estable (SATSE*) - Los Centros tendrán registros de profesionales que serán públicos - Formalización por escrito de los contratos - Cobertura de responsabilidad civil obligatoria. Los profesionales y agentes del sector participarán en las condiciones del aseguramiento de la responsabilidad (SATSE*)

** Propuestas en las que SATSE ha participado activamente en su consecución.*

	DOCUMENTO BASES ORDENACIÓN PROFESIONAL 1993	ANTEPROYECTO LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003	LEY ORDENACIÓN PROFESIONES SANITARIAS 2003
Participación de los profesionales		Creación de la Comisión Consultiva Profesional	Creación de la Comisión Consultiva Profesional
		Composición: Representación de los estamentos profesionales de todas las Profesiones Sanitarias y de los profesionales del Área Sanitaria de FP (en el caso de FP: Organizaciones Profesionales y/o Colegios)	Composición: Representación de los estamentos profesionales de todas las Profesiones Sanitarias y de los profesionales del área sanitaria de FP (en el caso de FP: Organizaciones Científicas y/o Colegios) (SATSE*)
		Las funciones de la Comisión Consultiva, se refieren entre otras, a la elaboración de informes de carácter legislativo, organizativo y retributivo	Las funciones de la Comisión Consultiva, se refieren a informes o propuestas sobre la planificación y ordenación de las Profesiones Sanitarias (SATSE*)

** Propuestas en las que SATSE ha participado activamente en su consecución.*

Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud

Sumario

1 COMENTARIOS AL TEXTO ARTICULADO

2 VALORACIÓN SINDICAL

1 COMENTARIOS AL TEXTO ARTICULADO

La Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (LEM en adelante), está compuesto por un total de ochenta artículos; catorce Disposiciones Adicionales; siete Disposiciones Transitorias; una Disposición Derogatoria y tres Disposiciones Finales.

Sus ochenta artículos están sistemáticamente ordenados en un total de catorce Capítulos, a través de los cuales se regulan los aspectos generales y básicos de las diferentes materias que componen el régimen jurídico del personal estatutario, en concreto:

- Capítulo I.- Normas Generales. Artículos 1 a 4.
- Capítulo II.- Clasificación del Personal Estatutario. Artículos 5 a 9.
- Capítulo III.- Planificación y Ordenación del Personal. Artículos 10 a 16.
- Capítulo IV.- Derechos y Deberes. Artículos 17 a 19.
- Capítulo V.- Adquisición y Pérdida de la Condición de Personal Estatutario Fijo. Artículos 20 a 28.
- Capítulo VI.- Provisión de Plazas, Selección y Promoción Interna. Artículos 29 a 35.
- Capítulo VII.- Movilidad del Personal. Artículos 36 a 39.
- Capítulo VIII.- Carrera Profesional. Artículo 40
- Capítulo IX.- Retribuciones. Artículos 41 a 45.
- Capítulo X.- Jornada de Trabajo, Permisos y Licencias. Artículos 46 a 61.
- Capítulo XI.- Situaciones del personal estatutario. Artículos 62 a 69.
- Capítulo XII.- Régimen Disciplinario. Artículos 70 a 75.
- Capítulo XIII.- Incompatibilidades. Artículos 76 y 77.
- Capítulo XIV.- Representación, Participación y Negociación Colectiva. Artículos 78 a 80.

La Exposición de Motivos, que precede al texto articulado de la norma, se divide en cinco grandes bloques. El primero alude al objetivo que se pretende con la promulgación de la Ley de Estatuto Marco que, como ya hemos tenido la ocasión de analizar, responde a la necesidad de actualizar y adaptar el régimen jurídico del personal estatutario que en gran parte aún está recogido en normas preconstitucionales.

El segundo bloque justifica la necesidad de mantener una regulación especial-estatutaria para el personal de los Servicios de Salud de conformidad con lo previsto en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad (LGS en adelante). Y así, entre los argumentos empleados a tal fin, cobran especial relevancia aquellos que se refieren a las peculiares características del ejercicio de las profesiones sanitarias, del servicio sanitario-asistencial y del propio Sistema Nacional de Salud.

El tercer bloque analiza someramente el contenido de cada uno de los catorce Capítulos que conforman el texto articulado de la LEM.

El legislador dedica íntegramente el cuarto bloque de la Exposición de Motivos a destacar la importancia que supone que el texto contenga en uno de sus Capítulos una Sección íntegramente dedicada a regular el tiempo de trabajo de los profesionales sanitarios. Esta regulación, además de transponer a nuestro ordenamiento jurídico las Directivas Europeas 93/104, de 23 de noviembre y 2000/34 de 22 de junio, establece un mínimo común sobre jornada y descansos para todos los Centros y Establecimientos Sanitarios, con la intención de garantizar la salud laboral de los profesionales, sin menoscabo de la asistencia sanitaria.

El quinto y último bloque se refiere al régimen disciplinario, situaciones administrativas del personal estatutario, sistema de incompatibilidades y su derecho a participar en la determinación y negociación de sus condiciones laborales. Termina este bloque, y con ello la Exposición de Motivos, aludiendo de forma muy somera a las distintas Disposiciones que cierran el texto articulado, y a cuyo estudio dedicaremos la última parte de este comentario.

CAPÍTULO I

NORMAS GENERALES

El contenido de este Capítulo se corresponde con el habitual de un Título Preliminar, esto es: delimita el ámbito objetivo y subjetivo de la LEM y enumera los principios rectores del régimen estatutario que, por primera vez, se califica expresamente en el artículo 1 al señalar nítidamente el carácter funcionarial de la relación estatutaria, sin perjuicio de sus peculiaridades específicas.

Sin embargo, y antes de comenzar a analizar el contenido de este Capítulo y de los otros que componen el texto articulado, es importante que conozcamos qué significa la expresión "Servicios de Salud" que es utilizada de forma recurrente a lo largo de toda la LEM y en este sentido, la Disposición Adicional Octava de la citada Ley dispone:

> "*Disposición Adicional octava: Servicios de Salud.*
>
> *Siempre que en esta Ley se efectúan referencias a los Servicios de Salud se considerará incluido el órgano o la entidad gestora de los servicios sanitarios de la Administración General del Estado, así como el órgano competente de la Comunidad Autónoma cuando su correspondiente Servicio de Salud no sea el titular directo de la gestión de determinados Centros o Instituciones*".

Por lo anterior, a los efectos de la LEM la expresión "Servicios de Salud" debe de entenderse en un sentido amplio ya que comprende:

- El órgano o entidad que gestiona directamente los servicios sanitarios de la Administración General del Estado.

- Los órganos o entidades que gestionan directamente los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma.

- Los órganos o entidades que, en la correspondiente Comunidad Autónoma, gestionan determinados Centros o Instituciones que no son gestionados directamente por el Servicio de Salud de esa Comunidad Autónoma.

Pasando ya al análisis del Capítulo I, el artículo 1 determina el ámbito objetivo de aplicación, y a tal efecto prevé que la LEM está destinada a establecer las bases reguladoras de la relación funcionarial especial del personal estatutario de los Servicios de Salud que conforman el Sistema Nacional de Salud.

El ámbito subjetivo se delimita en el artículo 2, de cuya dicción literal se deduce que la Ley del Estatuto Marco:

1. Se aplica al personal estatutario (sanitario y no sanitario) que presta sus servicios en los Centros e II.SS. de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o de la Administración General del Estado.

   Respecto a las cuestiones no previstas por la LEM, no desarrolladas por las Comunidades Autónomas o que no sean materia de Acuerdos o Pactos específicos, al personal estatutario le será aplicable como derecho supletorio de primer grado las disposiciones y principios generales de la función pública de la Administración correspondiente.

2. Al personal sanitario funcionario y personal sanitario laboral que presta sus servicios en los Centros del SNS gestionados por entidades creadas por las Comunidades Autónomas con el fin de asumir los recursos humanos y materiales procedentes de los procesos de transferencias del extinto INSALUD, la LEM se les aplicará en todo aquello que no se oponga a su normativa específica de aplicación (disposiciones aplicables al personal funcionario o Convenios Colectivos aplicables al personal laboral), y siempre que esa normativa expresamente lo prevea.

En algunos casos, el ámbito subjetivo se matiza para amparar y respetar los derechos históricos de los territorios forales; por esta razón, la Disposición Adicional Primera de la LEM, con rúbrica genérica de "*Aplicación de las normas básicas de esta Ley en la Comunidad Foral Navarra*" dispone que:

"*Las disposiciones básicas de esta Ley se aplicarán en la Comunidad Foral de Navarra en los términos establecidos en el artículo 149.1.18ª y en la Disposición Adicional Primera de la Constitución y en la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra*".

Asimismo, otras Disposiciones también adicionales de la LEM contienen preceptos que completan, de forma positiva o negativa, el ámbito subjetivo de aplicación que ahora analizamos, y así tenemos:

— **Personal Estatutario del Instituto Social de la Marina**: a este personal le resulta íntegramente de aplicación las disposiciones previstas en la LEM.

Así se desprende de la Disposición Adicional Undécima de la LEM, según la cual:

"*Las disposiciones de esta Ley serán aplicables al personal estatutario del Instituto Social de la Marina*".

— **Personal de Cupo y Zona**: al personal que percibe sus haberes por el sistema de cupo y zona, no le es de aplicación los preceptos de la LEM.

Sin embargo, en el supuesto que este personal se integre en el correspondiente Servicio de Salud, las previsiones de la LEM les resultará de aplicación en los términos y formas que en cada Servicio de Salud se determine.

Así se desprende de la Disposición Transitoria Tercera de la LEM, según la cual:

"*En la forma, plazo y condiciones que en cada Servicio de Salud, en su caso, se determine, el personal que percibe haberes por el Sistema de Cupo y Zona se podrá integrar en el sistema de prestación de servicios, de dedicación y de retribuciones que se establece en esta ley*".

— **Personal Militar**: cuando preste sus servicios en Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios integrados en la Red Sanitaria Militar, se regirá por su normativa específica, por lo que la LEM no les resulta de aplicación.

Así se desprende del apartado 1 de la Disposición Adicional Decimotercera de la LEM, según la cual:

"*1.- El personal militar que preste sus servicios en los Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios integrados en la Red Sanitaria Militar se regirá por su normativa específica, sin que le sean de aplicación las disposiciones de esta Ley.*
2.- (...)".

— **Personal que ocupa plazas vinculadas**: Estas plazas se proveerán por los sistemas que establezcan las normas específicas que resulten de aplicación (artículo 105 de la LGS), por lo que los sistemas de provisión de plazas previstos en el Capítulo VI de la LEM no resultarán de aplicación.

No obstante lo anterior, los titulares de estas plazas quedarán incluidos en el ámbito de aplicación de la LEM en lo relativo a la prestación de sus servicios en los Centros Sanitarios.

Así se desprende de la Disposición Adicional Novena de la LEM según la cual:

"*Las plazas vinculadas a que se refiere el artículo 105 de la Ley General de Sanidad se proveerán por los sistemas establecidos en las normas específicas que resulten aplicables, sin perjuicio de que sus titulares queden incluidos en el ámbito de aplicación de esta Ley en lo relativo a su prestación de servicios en los Centros Sanitarios*".

El artículo 3 reconoce expresamente la competencia de las Comunidades Autónomas para desarrollar los preceptos de la LEM y, a tal fin, las autoriza para que en el ámbito de sus respectivas competencias, "*aprueben los Estatutos y demás normas aplicables al personal estatutario de cada Servicio de Salud*".

La dicción literal de la frase que hemos entrecomillado admite varias interpretaciones:

1. Que el término "estatutos" está en plural porque se autoriza a cada una de las diecisiete Comunidades Autónomas a desarrollar las previsiones del Estatuto Marco en un único Estatuto que coexistirá en su respectivo territorio con la Ley del Estatuto Marco.

2. Que el término "estatutos" figura en plural, porque el legislador pretende que cada C.A., en desarrollo de la Ley del Estatuto Marco, dicte un Estatuto específico para todas o algunas de las categorías estatutarias existentes.

3. Que ambas interpretaciones son posibles y compatibles, por lo que cada Comunidad Autónoma desarrollará las previsiones del Estatuto Marco en un único Estatuto para todas las categorías estatutarias o en tantos Estatutos como categorías o grupos de categorías existan.

En todo caso hay que tener presente que el artículo 84 de la LGS, auténtico precedente normativo de la actual LEM, señala en su apartado 2:

"*En desarrollo de dicha normativa básica (Estatuto Marco), la concreción de las funciones de cada estamento de los señalados en el apartado anterior (sanitario facultativo, sanitario no facultativo y no sanitario) se establecerá en sus respectivos Estatutos, que se mantendrán como tales*".

Así pues, y atendiendo a los antecedentes legislativos de la LEM, quizás la interpretación más apta sea la que aquí hemos apuntado con el número 2.

En todo caso, el artículo 3 impone el deber de negociar en las Mesas correspondientes las propuestas que el Estado o las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, redacten en desarrollo de la normativa básica contenida en la LEM.

Las particularidades de la negociación impuesta, las encontraremos en el artículo 11.4 y el Capítulo XIV de la LEM.

Respecto al Capítulo XIV, basta ahora decir que contiene una remisión en bloque a las previsiones contenidas en el Capítulo III de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones públicas.

El apartado 4 del artículo 11 (dedicado íntegramente al Foro Marco para el Diálogo Social) nos indica que el desarrollo de la normativa básica prevista en la LEM, cuando sea competencia del Estado y se refiera a las materias enumeradas en el artículo 32 de la Ley 9/1987, de 12 de junio, serán negociadas entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Organizaciones Sindicales más representativas del sector sanitario, y a tal fin, el Ministerio de Sanidad y Consumo deberá constituir un ámbito de negociación específico.

Este ámbito de negociación, al que la LEM no atribuye denominación alguna, ejercerá sus funciones sin menoscabo de los asuntos y materias que estén atribuidos a la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado.

Según se desprende del segundo párrafo del apartado 4 del artículo 11, este ámbito estatal de negociación se reunirá al menos una vez al año y podrá ser convocado por:

- decisión del Ministerio de Sanidad y Consumo,

- acuerdo entre el citado Ministerio y las Organizaciones Sindicales más representativas del sector sanitario,

- a solicitud de todas las Organizaciones Sindicales presentes en el Foro Marco.

Termina el Capítulo con el artículo 4, destinado a enunciar los principios y criterios de ordenación del régimen estatutario.

Entre éstos destacamos el previsto en su letra d), que ordena que el régimen estatutario del personal se haga de forma que permita:

> "*La libre circulación del personal estatutario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud*".

Como se verá a lo largo de este comentario, el respeto a este principio inspira la totalidad de la LEM y también deberá inspirar el desarrollo que el Estado y las CC.AA. hagan del mismo.

Con ello se pretende que la trayectoria laboral de los profesionales estatutarios, su categoría, funciones y carrera profesional se homologue de forma que sea reconocida y respetada en todos y cada uno de los Servicios de Salud que componen el Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO II

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO

El artículo 5 reconoce tres criterios de clasificación del personal estatutario:

- por la función desarrollada,
- por el nivel del título exigido para su ingreso,
- por el tipo de nombramiento.

• Por la función desarrollada

Atendiendo a la función desarrollada, el personal estatutario se clasifica en:

1. Personal estatutario sanitario: el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria. (Artículo 6.1)

2. Personal estatutario de gestión y servicios: el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario. (Artículo 7.1).

- **Por el nivel del título exigido para su ingreso**

El personal estatutario sanitario y el personal estatutario de gestión y servicios, se subclasifica atendiendo al criterio del título exigido para su ingreso. Y así tenemos:

1.- Personal estatutario sanitario:

1.a) Personal de Formación Universitaria: aquellos cuyo nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión sanitaria exija una titulación universitaria o un título de tal carácter acompañado de un título de especialista. Este personal se subdivide en (artículo 6.2.a):

- Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud.
- Licenciados Sanitarios.
- Diplomados con título de especialista en Ciencias de la Salud.
- Diplomados Sanitarios.

1.b) Personal de Formación Profesional: aquellos cuyo nombramiento expedido para el ejercicio de profesiones o actividades profesionales sanitarias exija un título de formación profesional. Este personal subdivide en (artículo 6.2.b):

- Técnicos Superiores
- Técnicos

2.- Personal estatutario de gestión y servicios:

2.a) Personal de Formación Universitaria: atendiendo al nivel del título requerido, este personal se subdivide (artículo 7.2.a):

- Licenciados Universitarios o personal con título equivalente
- Diplomados Universitarios o personal con título equivalente

2.b) Personal de Formación Profesional (artículo 7.2.b):

- Técnicos Superiores o personal con título equivalente
- Técnicos o personal con título equivalente

2.c) Otro personal (artículo 7.2.c):

- Incluye esta clasificación todas aquellas categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria o título o certificado equivalente.

Según se desprende de la Disposición Transitoria Segunda de la LEM, la clasificación del personal estatutario por el nivel del título exigido para su ingreso contenida en los artículos 6.2 y 7.2 de la LEM, carecerá de trascendencia a efectos retributivos y funcionales en tanto se mantenga la clasificación general de los funcionarios públicos por Grupos (A, B, C, D y E) prevista en el artículo 25 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto de Medidas para la Reforma de la Función Pública.

A tal efecto, la citada Disposición regula una equiparación entre los Grupos previstos en el artículo 25 de la Ley 30/84 y la clasificación prevista en los artículo 6.2 y 7.2 de la LEM, que a continuación se resume:

a) Grupo A:
- Licenciados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.
- Licenciados Sanitarios.
- Licenciados Universitarios o personal con título equivalente.

b) Grupo B:
- Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.
- Diplomados sanitarios.
- Diplomados universitarios o personal con título equivalente.

c) Grupo C:
- Técnicos Superiores en rama sanitaria.
- Técnicos superiores o personal con título equivalente.

d) Grupo D:
- Técnicos en rama sanitaria
- Técnicos o personal con título equivalente

e) Grupo E:
- Personal con certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria, o título o certificado equivalente.

- **Por el tipo de su nombramiento**

Este criterio de clasificación responde a los mismos parámetros establecidos en la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas del personal estatutario de los Servicios de Salud. Y así tenemos:

a. Personal estatutario fijo: los que obtengan un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de sus funciones. (Artículo 8).

b. Personal estatutario temporal: los que obtengan un nombramiento por razo-

nes de necesidad, urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario. (Artículo 9).

Como ya ocurría antes de la promulgación de la LEM, el nombramiento del personal estatutario temporal a su vez se clasifica en:

- Interino. (Artículo 9.2)
- Eventual. (Artículo 9.3)
- De sustitución. (Artículo 9.4)

A continuación analizaremos brevemente el régimen jurídico de estas modalidades de nombramiento temporal:

- INTERINO: es aquél que se expide para el desempeño de una plaza vacante, siempre que sea necesario para atender a las correspondientes funciones.

  Cesará el nombramiento de interinidad:

  - Cuando por el procedimiento legal o reglamentariamente establecido se incorpore personal fijo.

  - Cuando la plaza vacante se amortice.

- EVENTUAL: es aquél que se expedirá para:

  - Prestar servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.

  - Garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.

  - Prestar servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.

  Cesará el nombramiento eventual:

  - Cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en el nombramiento.

  - Cuando se supriman las funciones que en su día lo motivaron.

  La experiencia práctica derivada del nombramiento eventual, ha demostrado que en numerosas ocasiones, éste se utiliza para satisfacer necesidades que no son temporales, extraordinarias o coyunturales. Con el ánimo de evitar que esta circunstancia siga produciéndose, el último párrafo del apartado 3

del artículo 9 de la LEM introduce una previsión que puede favorecer la creación de empleo estructural al señalar:

> "*Si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un periodo acumulado de doce o más meses en un periodo de dos años, procederá el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro*".

- DE SUSTITUCIÓN: es aquél nombramiento que se expide cuando resulte necesario atender las funciones de personal estatutario fijo o temporal (interinos, eventuales y sustitutos) durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

  Cesará el nombramiento de sustitución:

  - Cuando la persona sustituida se incorpore a la plaza.

  - Cuando la persona sustituida pierda su derecho a incorporarse a la misma plaza o función.

Para finalizar, el apartado 5 del artículo 9 establece una cláusula general de aplicación al personal estatutario temporal, y en este sentido señala:

> "*Al personal estatutario temporal le será aplicable, en cuanto sea adecuado a la naturaleza de su condición, el régimen general del personal estatutario fijo*".

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DEL PERSONAL

La ordenación y planificación del personal estatutario se contempla en este Capítulo bajo dos prismas: a nivel Estatal y a nivel de Comunidad Autónoma.

— A nivel estatal los órganos encargados de la planificación y ordenación del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud son:

  - El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). (Artículo 10).
  - La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. (CRHSNS). (Artículo 10).
  - El Foro Marco para el Diálogo Social. (Artículo 11).

Las funciones del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** se contienen en el artículo 69 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS.

La LEM se limita a ratificar su carácter de órgano encargado de coordinar y de cohesionar la política del personal estatutario en todo el Sistema Nacional de Salud.

La **Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud** se crea en el artículo 35 de la Ley 16/2003, que también impone la obligación de que todas las CC.AA estén debidamente representadas en su seno.

Las funciones de la CRHSNS se describen de forma amplia y genérica en el artículo 10 de la LEM y al respecto señala que le corresponde:

> "*el desarrollo de las actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud*".

Para facilitar a la CRHSNS el ejercicio de estas funciones, el artículo 35.3 de la Ley 16/2003 crea dos foros de participación dependientes de ella: el Foro Profesional (foro de diálogo sobre la formación del personal del SNS) y el Foro Marco para el Diálogo Social (foro de diálogo de las condiciones de trabajo de este personal).

Tratándose el **Foro Marco para el Diálogo Social** de un foro destinado a discutir los asuntos que afectan a las condiciones laborales del personal estatutario del SNS, no es de extrañar que la LEM (orientada a regular las condiciones de trabajo de este personal) le dedique íntegramente su artículo 11, de donde, y en consonancia con lo dispuesto sobre el mismo en la Ley 16/2003, podemos definirlo como:

> "*Órgano creado por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que depende de la Comisión de Recursos Humanos a la que presta su apoyo y asesoramiento en su función de coordinar la política de Recursos Humanos del SNS y tiene como objetivo ser el ámbito de diálogo e información de carácter laboral, promoviendo el desarrollo armónico de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.*"

Resumimos a continuación su régimen jurídico:

- En su seno estarán representadas las Organizaciones Sindicales más representativas del sector sanitario, así como las Administraciones públicas presentes en la CRHSNS.

- Para el correcto desarrollo de su función coordinadora, el Foro Marco deberá ser informado de todos los Acuerdos que afecten al sector sanitario y se adopten en las Mesas Sectoriales y Generales de negociación.

Terminamos este nivel estatal recordando lo ya apuntado con ocasión del artículo 3 de la LEM cuando, al referirnos a la competencia del Estado para desarrollar -en el ámbito de sus competencias- algunos aspectos básicos contenidos en la Ley del Estatuto Marco, aludíamos al ámbito de negociación que el apartado 4 del articulo 11 ordena al Ministerio de Sanidad y Consumo que constituya, al efecto de negociar, con las organizaciones sindicales presentes en el Foro Marco para el Diálogo Social, el contenido de dichos aspectos básicos.

— A nivel de Comunidad Autónoma, la planificación de los Recursos Humanos del SNS estará orientada al adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación de la plantilla. (Artículo 12).

Esta planificación se articulará a través de dos instrumentos básicos:

- los Planes de Ordenación de Recursos Humanos,
- los Registros de Personal.

Los **Planes de Ordenación de los RR.HH.** serán negociados en la Mesa correspondiente de cada Comunidad Autónoma y deberán contener los objetivos a conseguir en materia de personal, con expresión de los efectivos (cuantificación de recursos) y estructura precisa (programación del acceso, movilidad geográfica y funcional, promoción y reclasificación del personal) para cumplir con tales objetivos. (Art. 12 y 13).

La ordenación del personal estatutario se realizará por categorías o grupos profesionales, de acuerdo con el criterio de agrupación unitaria de las funciones, competencias, aptitudes profesionales, titulaciones y contenidos específicos de la función a desarrollar. Los Servicios de Salud, mediante la negociación colectiva, podrán establecer, modificar o suprimir las diferentes categorías o grupos profesionales existentes en su ámbito. (Artículos 14.1 y 15.1).

En todo caso, y con el ánimo de garantizar la movilidad voluntaria del personal estatutario por todo el SNS en términos de igualdad efectiva, los Servicios de Salud están obligados a comunicar al Ministerio de Sanidad y Consumo las categorías profesionales creadas, modificadas o suprimidas, con el fin de que aquél, previo informe de la Comisión de RR.HH. del SNS, las homologue para todo el SNS. (Artículo 15.2)

La planificación de los recursos humanos se articulará a través de los **Registros de Personal**.

Cada Servicio de Salud tendrá la obligación de llevar al menos un Registro donde inscribirá al personal estatutario que esté prestando servicios en sus Centros e Instituciones Sanitarias.

Estos Registros formarán parte del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, y se encomienda al CISNS la adopción de cuantas

medidas sean necesarias para que estén a disposición de todos los Servicios de Salud. (Artículo 16).

Asimismo, mediante acuerdo entre el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Sanidad y Consumo, los Registros de Personal estatutario podrán estar a disposición de los Centros, Establecimientos y Servicios integrados en la Red Sanitaria Militar.

Así se prevé en el apartado 2 de la Disposición adicional decimotercera de la LEM, que dice:

"*1.- (...)*
2.- El Ministerio de Defensa podrá acordar con el Ministerio de Sanidad y Consumo los requisitos y procedimientos para posibilitar la utilización recíproca de la información contenida en los registros de personal correspondientes a los Centros y Servicios Sanitarios del Sistema Nacional de Salud y de la Red Sanitaria Militar".

CAPÍTULO IV

DERECHOS Y DEBERES

El Capítulo IV de la LEM está íntegramente dedicado a enumerar los derechos individuales (artículo 17) y colectivos (artículo 18) del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, así como sus deberes u obligaciones (artículo 19).

Entre los derechos individuales (artículo 17), destacamos algunos por la novedad que supone su inclusión expresa en la LEM:

- a la estabilidad en el empleo y al desempeño efectivo de la profesión o funciones que correspondan a su nombramiento,

- a la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional,

- a recibir protección eficaz en materia de Seguridad y Salud en el trabajo, así como sobre riesgos generales en el centro de trabajo,

- a ser tratado con corrección, consideración y respeto por sus jefes, superiores, compañeros y subordinados,

- al descanso necesario mediante la limitación de la jornada,

- a ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, centro o institución,

- a la acción social en los términos y ámbitos subjetivos que se determinen en las normas, acuerdos o convenios aplicables.

Especial mención merece el régimen transitorio de las ayudas por acción social que existían antes de la entrada en vigor de la LEM, y entre las que se encuentra el complemento de pensión de jubilación para el personal sanitario no facultativo (artículo 151 EPSNF).

La LEM dedica a esta cuestión la Disposición Transitoria Sexta 1.d) y la Disposición Derogatoria Unica 1.f), de las cuales se extraen las siguientes conclusiones:

1) Regla General: las ayudas por acción social contenidas en el "Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social", en el "Estatuto del personal sanitario no facultativo de las II.SS. de la Seguridad Social" y en el "Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social", se mantendrán vigentes exclusivamente respecto a quienes ostenten derechos subjetivos ya adquiridos a tales prestaciones en el momento de entrada en vigor de la LEM. (Disposición Transitoria Sexta 1.d) LEM).

2) Excepción: la ayuda por acción social prevista en el artículo 151 del "Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo", continuará vigente y sin modificación alguna en su redacción, a pesar de la entrada en vigor de la LEM (Disposición Derogatoria Única 1.f)); lo que a nuestro juicio supondrá las siguientes consecuencias prácticas:

   - Quienes a la entrada en vigor de la LEM estuvieran cobrando el complemento de pensión previsto en el artículo 151 del EPSNF, lo seguirán percibiendo.

   - Quienes a la entrada en vigor de la LEM aún no estén jubilados, una vez se jubilen tendrán derecho a percibir el complemento de pensión del artículo 151 del EPSNF, siempre que acrediten cumplir los requisitos que dicho artículo contempla.

En el artículo 18, dedicado a los derechos colectivos, se recogen expresa y específicamente para el personal estatutario los ya reconocidos en la Constitución y otros textos legales de forma genérica a los ciudadanos y trabajadores.

Entre la enumeración de los derechos colectivos destacamos el derecho a "*la negociación colectiva, representación y participación en la determinación de las condiciones de trabajo*" (artículo 18.d)), que de forma exhaustiva se desarrolla para el personal estatutario en el Capítulo XIV de la LEM, sin perjuicio de lo previsto en el Capítulo III de la Ley 9/1987, de 12 de junio, cuyas disposiciones seguirán siendo de aplicación al personal estatutario del Sistema Nacional de Salud.

También figura el derecho a la "*huelga, garantizándose en todo caso el mantenimiento de los servicios que resulten esenciales para la atención sanitaria de la población*", (artículo 18.c)).

La repercusión retributiva del personal estatutario que secunde una huelga se prevé en la propia LEM, concretamente en el artículo 41.6, según el cual:

> "*Quienes ejerciten el derecho de huelga no devengarán ni percibirán las retribuciones correspondientes al tiempo en que hayan permanecido en esa situación, sin que la deducción de haberes que se efectúe tenga carácter de sanción disciplinaria ni afecte al régimen de sus prestaciones sociales*".

El artículo 19 enumera los deberes del personal estatutario entre los que destacamos los siguientes:

- Desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.

- Mantener debidamente actualizados sus conocimientos y aptitudes para el correcto ejercicio de la profesión, a tal fin, los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.

- Participar en la fijación y consecución de los objetivos asignados a la Institución, Unidad o Centro en la que preste servicios.

- Informar debidamente y dentro del ámbito de sus competencias, a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles.

- Mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y usuarios a la que tenga acceso en el ejercicio de sus funciones.

- Utilizar los medios, instrumental e instalaciones en beneficio del paciente y con criterios de eficiencia, evitando su uso en beneficio propio o de terceras personas.

- Ser identificados por su nombre y categoría profesional por los usuarios del SNS.

Los derechos (individuales y colectivos) y deberes previstos en este Capítulo, son también predicables para el personal estatutario temporal en virtud de la cláusula general contenida en el artículo 9.5 de la LEM a la que ya nos hemos referido.

CAPÍTULO V

ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO

● **ADQUISICIÓN.-** El artículo 20 determina con carácter básico y obligatorio para todo el SNS, los requisitos que de forma sucesiva se deben cumplir para adquirir la condición de personal estatutario fijo:

1. Superar las pruebas de selección.

2. Ser nombrado personal estatutario por el órgano competente.

   Si una vez superado el proceso selectivo el interesado no acredita que reúne los requisitos y condiciones exigidos en la convocatoria, el nombramiento no podrá ser otorgado.

3. Incorporarse en el plazo determinado por la convocatoria a una plaza del Servicio, Centro o Institución, y ello sin perjuicio del previo cumplimiento de los requisitos formales que en cada caso se prevean.

   La falta de incorporación por causa no justificada e imputable al interesado, producirá el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo.

Por tanto, con independencia del Servicio de Salud desde el que se pretenda acceder como personal estatutario fijo al SNS, los requisitos que de forma sucesiva se apuntan en el artículo 20 de la LEM, deben ser observados en todo el territorio nacional.

● **PÉRDIDA.-** El artículo 21 enumera con carácter básico y obligatorio para todo el SNS, las causas que llevan aparejada la pérdida de la condición de personal estatutario fijo:

1. Renuncia.
2. Pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento.
3. Sanción disciplinaria firme de separación del servicio.
4. Pena principal o accesoria de inhabilitación absoluta o inhabilitación especial para el empleo o cargo público, o para el ejercicio de la correspondiente profesión.
5. Jubilación.
6. Incapacidad permanente en los términos previstos por la LEM.

Analizamos a continuación el régimen jurídico de cada una de estas causas:

1. **Renuncia**. (Artículo 22).

   Se trata de un acto voluntario que será solicitado expresamente por el interesado con una antelación mínima de 15 días a la fecha en que se desee hacer efectiva.

   Será necesariamente aceptada por el Servicio de Salud correspondiente, con la única excepción de que el interesado esté incurso en la tramitación de un expediente disciplinario o se haya dictado contra él auto de procesamiento con ocasión de la presunta comisión de un delito en el ejercicio de sus funciones.

   Con esta excepción la Ley del Estatuto Marco pretende garantizar la efectividad de la sanción o pena firme que, en su caso, se imponga a aquél que pretendía evitar la sanción o pena renunciando a su condición de personal estatutario.

   Aquellos que hayan renunciado a su condición de personal estatutario, sólo podrán recuperarla presentándose a un proceso de selección debidamente convocado.

2. **Pérdida de la nacionalidad**. (Artículo 23).

   La pérdida de la nacionalidad que haya sido considerada para el nombramiento, si no va aparejada de la adquisición de otra nacionalidad que otorgue el derecho a acceder a tal condición, supondrá la pérdida de la condición de personal estatutario.

   Si se acredita la desaparición de la causa que motivó la pérdida de la nacionalidad, se recupera la condición de personal estatutario. (Artículo 28.1).

   Una vez recuperada la nacionalidad y con ello la condición de personal estatutario, el interesado pasará a la situación de excedencia voluntaria, con la peculiaridad de que en este caso no le será exigible el tiempo mínimo de permanencia de dos años previsto con carácter general en el artículo 67.2 de la Ley de Estatuto Marco para la excedencia voluntaria y podrá reincorporarse al servicio activo a través de un procedimiento de movilidad voluntaria o de un reingreso provisional. (Artículo 28.3).

3. **Sanción disciplinaria**. (Artículo 24):

   Para que produzca la pérdida de la condición de personal estatutario la sanción tendrá que ser firme y de separación del servicio.

Para recuperar la condición de personal estatutario fijo, el artículo 73.1.a) de la LEM -que regula el régimen jurídico de la sanción disciplinaria de "separación del servicio"-, dispone que el sancionado deberá concurrir nuevamente a las pruebas de selección, pero nunca antes de que hayan transcurrido seis años desde la ejecución de la sanción.

4. **Pena de inhabilitación absoluta o especial**. (Artículo 25).

En este caso es necesario que:

a) La pena de inhabilitación absoluta o especial para cargo o empleo público sea firme.

b) La pena de inhabilitación especial para el ejercicio profesional sea firme y exceda de seis años.

No debemos confundir la "inhabilitación especial para el ejercicio profesional" mencionada en este artículo, con la sanción de "suspensión firme de funciones", prevista en los artículos 68 y 73.1.c) de la LEM.

Ambas pueden imponerse en virtud de sentencia dictada en causa criminal, pero la "suspensión de funciones" puede, además, imponerse mediante una resolución administrativa dictada en un procedimiento disciplinario.

Por otra parte, la "suspensión firme de funciones" en ningún caso lleva aparejada la pérdida de la condición de personal estatutario y sólo determina la pérdida del puesto de trabajo si su duración excede de seis meses

Por el contrario, la "inhabilitación especial para el ejercicio profesional", supone la pérdida de la condición de personal estatutario cuando exceda de seis años.

Nada dice la LEM sobre los efectos jurídicos de la inhabilitación especial para el ejercicio de la correspondiente profesión si la duración de ésta es inferior a seis años.

En nuestra opinión en este caso se producirá la pérdida del puesto de trabajo, por lo que una vez se cumpla íntegramente la pena, el interesado reingresará en el servicio activo en el plazo que se determine en cada Servicio de Salud (artículo 67.1.c) LEM), y si incumple con este plazo estará obligado a permanecer en excedencia voluntaria un tiempo no inferior a dos años (artículo 67.2 LEM).

5. **Jubilación**. (Artículo 26).

Se reconocen tres modalidades de jubilación:

a) Jubilación forzosa (artículo 26.2 y 3): tendrá lugar cuando el interesado cumpla sesenta y cinco años.

Sin embargo, se admite la posibilidad que el personal estatutario continúe en activo más allá de los sesenta y cinco años en dos casos:

a.1.- Hasta los setenta años: cuando voluntariamente se solicite, siempre y cuando quede acreditado que el interesado reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer su profesión.

La LEM autoriza a los Servicios de Salud a denegar esta solicitud si contraría las necesidades de organización previstas en el correspondiente Plan de Ordenación de RR.HH.

a.2.- Hasta que sea necesario: cuando en el momento de cumplir 65 años, al interesado le falten como máximo seis años de cotización para causar el derecho a la pensión contributiva. En este supuesto también se exige que el interesado acredite que reúne la capacidad funcional necesaria para continuar el ejercicio de su profesión.

Una vez cotice el tiempo suficiente para causar derecho a la pensión, esta prórroga finalizará, sin perjuicio de que pueda acogerse a la prórroga prevista en el apartado anterior.

b) Jubilación voluntaria (artículo 26.4): que podrá ser total o parcial y podrá tener lugar en dos supuestos:

b.1.- Como regla general cuando el personal estatutario cumpla con los requisitos que en cada momento se prevean en la Ley General de la Seguridad Social.

b.2.- Cuando los Servicios de Salud hagan uso de la posibilidad que el Estatuto Marco contempla consistente en el "*establecimiento de mecanismos de jubilación voluntaria como consecuencia de un Plan de Ordenación de sus Recursos Humanos*".

c) Régimen Transitorio de Jubilación (Disposición Transitoria Séptima):

El régimen transitorio de jubilación, sólo será aplicable al personal estatutario que en el momento de entrada en vigor de la LEM cumpla dos requisitos:

- Que tenga la condición de personal estatutario fijo.

- Que hubiera cumplido los 60 años de edad.

El personal estatutario que cumpla con ambas condiciones podrá voluntariamente prorrogar su edad de jubilación hasta alcanzar los 35 años de cotización en la Seguridad Social, si bien con dos limitaciones:

- Que a más tardar se jubile a los setenta años de edad.

- Que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las funciones correspondientes a su nombramiento.

6.-**Incapacidad permanente**. (Artículo 27).

La incapacidad permanente en sus grados de total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo o gran invalidez produce la pérdida de la condición de personal estatutario fijo.

La revisión del grado o situación de incapacidad permanente puede suponer la recuperación de tal condición.

En este caso, si la revisión tiene lugar dentro de los dos años siguientes, se reconoce el derecho del interesado a reincorporarse en una plaza de la misma categoría y Área de Salud en la que prestaba sus servicios. (Artículo 28.2).

Si la revisión tiene lugar transcurridos los dos años, el interesado será declarado en situación de excedencia voluntaria, sin que en este supuesto sea exigible el tiempo mínimo de permanencia de dos años previsto con carácter general para esta situación en el artículo 67.2 del Estatuto Marco, y el interesado podrá reincorporarse al servicio activo a través de un procedimiento de movilidad voluntaria o mediante un reingreso provisional. (Artículo 28.3).

CAPÍTULO VI

PROVISIÓN DE PLAZAS, SELECCIÓN Y PROMOCIÓN INTERNA

El artículo 29.2 de la Ley del Estatuto Marco reconoce los siguientes sistemas para la provisión de plazas del personal estatutario:

- selección de personal
- promoción interna
- movilidad
- reingreso provisional en el servicio activo

El apartado 1 del citado artículo enumera los principios básicos en los que deben inspirarse todos los sistemas de provisión de plazas. Estos principios, si bien con escasas novedades, reproducen los enunciados en el artículo 3 de la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas del personal estatutario de los Servicios de Salud.

Los sistemas de provisión previstos en la letra c) y d) se regulan en Capítulos distintos del que ahora nos ocupa. A continuación analizamos los previstos en las letras a) y b).

- **Selección de personal.** (Artículos 30 a 33).

Distingue la Ley del Estatuto Marco entre los procedimientos de selección de personal estatutario fijo o temporal.

a) Personal estatutario fijo. (Artículos 30 a 32):

El artículo 30 recoge el régimen jurídico de las convocatorias de selección y los requisitos para participar. Sobre este particular, la LEM prácticamente reproduce las previsiones contenidas en el artículo 4 de la Ley 30/1999, si bien introduce algunas novedades:

1. Las Comunidades Autónomas podrán adecuar los procedimientos de selección a las funciones a desarrollar en las plazas, incluyendo, en su caso, la acreditación del conocimiento de la lengua oficial.

2. El requisito relativo a la nacionalidad se adecua no sólo a la existencia de la Unión Europea sino también a los compromisos asumidos por España mediante la firma de tratados internacionales.

3. El cupo de acceso reservado a los minusválidos se eleva al 5% o al porcentaje que se encuentre vigente con carácter general para la función pública, de forma que progresivamente se alcance el 2% de los efectivos

totales de cada Servicio de Salud. Sobre esta misma cuestión, se prevén unos principios rectores específicos para facilitar a los discapacitados el acceso a las pruebas selectivas.

4. Entre los requisitos para participar en las convocatorias de selección, el apartado 5.b) del artículo 30 impone el "*estar en posesión de la titulación exigida en la convocatoria o en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes*".

   La exigencia de este requisito deberá hacerse en los términos previstos en la Disposición Adicional Séptima que, con rúbrica "*Habilitaciones para el ejercicio profesional*", dice:

   > "*Lo previsto en el artículo 30.5.b) y en los demás preceptos de esta Ley no afectará a los derechos de quienes, sin ostentar el correspondiente título académico, se encuentren legal o reglamentariamente autorizados o habilitados para el ejercicio de una determinada profesión, que podrán acceder a los nombramientos correspondientes y se integrarán en el grupo de clasificación que a tal nombramiento corresponda*".

Los sistemas de selección propiamente dichos se enumeran en el artículo 31 que sigue manteniendo, con escasas novedades, los anteriormente previstos en el artículo 5 de la Ley 30/1999 y que en definitiva son el concurso-oposición, la oposición y el concurso.

La novedad más relevante consiste en que los Servicios de Salud pueden considerar como mérito la experiencia obtenida mediante la participación en programas de cooperación al desarrollo o ayuda humanitaria en el ámbito de la salud.

La figura del aspirante en prácticas se mantiene respecto a aquellos que, habiendo superado el proceso selectivo, deben superar además un proceso de formación o prácticas. Como ya ocurría en la Ley 30/1999, el aspirante en prácticas sólo es posible en aquellas categorías profesionales que no necesiten para su ingreso un título académico o profesional.

Una vez superadas las pruebas selectivas se expedirá el nombramiento de personal estatutario fijo para los que hayan obtenido la mayor puntuación. En este sentido, el artículo 32 de la Ley del Estatuto Marco no añade nada nuevo a lo anteriormente previsto en el artículo 6 de la Ley 30/1999.

b) Personal estatutario temporal. (Artículo 33).

El régimen jurídico para la selección del personal estatutario temporal se mantiene prácticamente intacto respecto al anteriormente regulado en algunos párrafos del artículo 7 de la Ley 30/1999.

Sobre esta cuestión basta significar que la LEM mantiene la posibilidad de imponer un período de prueba para el personal estatutario temporal previsto en el artículo 7.2 de la Ley 30/1999, si bien con algunas novedades, como la reducción de su duración (de 6 a 3 meses) para los licenciados, y la no obligación de pasar por un nuevo periodo de prueba si en los dos años anteriores a ese nombramiento se han obtenido otros para realizar funciones de semejantes características en el mismo Servicio de Salud.

- **Promoción interna.** (Artículos 34 y 35).

Tal y como ocurría en la Ley 30/1999, la Ley del Estatuto Marco distingue dentro de la promoción interna entre la definitiva y la temporal.

a) Promoción Interna. (Artículo 34).

La LEM introduce algunas novedades en este sistema de provisión que anteriormente venía regulado en el artículo 8 de la Ley 30/1999.

La primera novedad la encontramos en la definición de promoción interna, que en realidad carece de trascendencia práctica ya que sólo responde al cambio en los criterios de clasificación del personal estatutario.

Así tenemos:

Antes (L 30/99)	Estatutario fijo y dentro del mismo Servicio de Salud	Nombramiento correspondiente a un grupo de clasificación superior, inmediato o no, o a otro nombramiento dentro del mismo grupo	Ostentar titulación requerida y haber prestado servicios como estatutario fijo en el grupo de procedencia al menos dos años
Ahora (LEM)	Estatutario fijo y dentro del mismo Servicio de Salud	Nombramiento correspondiente a otra categoría siempre que el título exigido para el ingreso sea de igual o superior nivel académico que el de la categoría de procedencia, sin perjuicio del número de niveles existentes entre ambos títulos	Ostentar titulación requerida y estar en servicio activo y con nombramiento como personal estatutario fijo en la categoría de procedencia al menos dos años

Para acceder a las categorías de personal de formación profesional no sanitaria (Técnicos superiores y técnicos), se mantiene la no exigencia de titulación en el caso de haber prestado servicios durante al menos cinco años en la categoría de origen y ostentar la titulación exigida en el grupo inmediatamente inferior al de la categoría a la que aspira ingresar, excepto cuando sea necesaria una titulación, acreditación o habilitación profesional específica para el desempeño de las nuevas funciones.

Se mantiene igualmente la preferencia para la elección de plaza del personal que acceda por promoción interna respecto a los que acceden por el sistema libre.

b) Promoción Interna Temporal. (Artículo 35).

Se mantiene prácticamente intacto el régimen de la promoción interna temporal, si bien, y como ocurre con la promoción interna regulada en el artículo 34, su definición cambia a consecuencia de los distintos criterios de clasificación del personal estatutario.

	Requisitos	**Funciones**	**Efectos Jurídicos**
Antes	1.- Ostentar la titulación requerida. 2.- Haber prestado servicios como estatutario fijo en el mismo grupo de procedencia al menos durante dos años.	Las correspondientes a un nombramiento de un grupo de clasificación igual o superior.	1.- Carácter voluntario y temporal. 2.- Se mantiene en servicio activo y con reserva de plaza. 3.- Retribución de acuerdo a las funciones realizadas, excepto los trienios. 4.- No se consolidan las retribuciones ni el derecho al nombramiento. 5.- El tiempo transcurrido podrá ser considerado mérito para la promoción interna.
Ahora	1.- Ostentar la titulación requerida. 2.- Ser personal estatutario fijo. 3.- Cualquier otro requisito se negociará en la Mesa correspondiente de cada Servicio de Salud.	Las correspondientes a un nombramiento de una categoría del mismo nivel de titulación o nivel superior.	1.- Carácter voluntario y temporal. 2.- Se mantiene en servicio activo, con los efectos previstos en el art. 63 LEM. 3.- Retribución de acuerdo a las funciones realizadas, excepto los trienios. 4.- No se consolidan las retribuciones ni el derecho al nombramiento. 5.- El tiempo transcurrido podrá ser considerado mérito para la promoción interna.

CAPÍTULO VII

MOVILIDAD DEL PERSONAL

Este Capítulo está íntegramente dedicado a regular uno de los sistemas de provisión de plazas mencionados en el artículo 29 del Capítulo anterior, concretamente la movilidad.

Se reconocen tres clases movilidad:

- movilidad por razón del servicio o movilidad forzosa,
- movilidad voluntaria o concurso de traslados,
- comisión de servicios o movilidad voluntaria de carácter temporal.

- **Movilidad por razón del servicio.** (Artículo 36).

En el ámbito del personal estatutario esta institución venía regulada en el artículo 87.2 de la LGS, según el cual "*el personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respeto de las condiciones laborales y económicas dentro del Area de Salud*".

Así pues, y conforme a la LGS, la movilidad por razón de servicio se limitaba al Área de Salud y, en todo caso, las condiciones económicas y laborales del afectado debían quedar garantizadas.

El artículo 36 de la LEM da una nueva regulación a la movilidad por razón de servicio en los términos que se reproducen a continuación:

> "*El personal estatutario previa resolución motivada y con las garantías que en cada caso se dispongan, podrá ser destinado a centros o unidades ubicadas fuera del ámbito previsto en su nombramiento de conformidad con lo que establezcan las normas o los planes de ordenación de recursos humanos de su servicio de salud, negociadas en las mesas correspondientes*".

A nuestro entender, esta nueva regulación de la movilidad por razón de servicio deroga tácitamente la anteriormente prevista en el articulo 87.2 de la LGS de forma que, a partir de la entrada en vigor de la LEM, esta movilidad supondrá el traslado forzoso del personal estatutario afectado a Centros o II.SS. situadas fuera del ámbito de su nombramiento, que bien puede ser dentro de un Área de Salud, o fuera de la misma (dependerá del ámbito del nombramiento), pero en todo caso, dentro del mismo Servicio de Salud.

En consonancia con lo anterior, cuando la movilidad se imponga a Centros o Unidades ubicados dentro del ámbito del nombramiento (artículo 12.3 de LEM), no estaremos ante un supuesto de movilidad forzosa o movilidad por razón de servicio.

Así mismo, la LEM deja en manos de las Comunidades Autónomas la regulación detallada de la movilidad por razón de servicio, si bien les impone que vaya presidida de la correspondiente negociación en la Mesa y que se adopte mediante resolución motivada. (Artículos 12 y 36 de la LEM).

- **Movilidad voluntaria.** (Artículos 37 y 38).

El artículo 37 ofrece algunas novedades con respecto a regulación que el artículo 11 de la Ley 30/1999 hacía, en concreto:

1) Su carácter periódico que ahora se delimita, ya que la LEM señala que será "*preferentemente cada dos años*".

2) En garantía del derecho del personal estatutario fijo a moverse libremente por todo el SNS, se atribuye al Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe de la CRHSNS, la "*homologación previa de las distintas clases o categorías funcionales, en cuanto resulte necesario para articular la movilidad voluntaria*".

En íntima conexión con lo anterior, el artículo 38 establece un deber de colaboración y coordinación entre todos los Servicios de Salud cuando las convocatorias de selección y provisión de plazas afecten a más de un Servicio de Salud.

Para finalizar este apartado dedicado a la movilidad voluntaria, destacamos por la novedad que supone la previsión contenida en la Disposición Adicional Duodécima de la LEM que autoriza a las Administraciones Sanitarias para que formalicen convenios de colaboración con la Administración Pública a fin de posibilitar que el personal funcionario de carrera y el personal estatutario fijo de los Servicios de Salud pueda acceder, indistintamente, a los procedimientos de movilidad voluntaria establecidos para ambos tipos de personal.

- **Comisión de servicios.** (Artículo 39).

La LEM regula expresamente para el personal estatutario este sistema de provisión de plazas que no es nuevo ya que su aplicación para este personal se hacía efectiva aplicando supletoriamente la normativa de la función pública (artículo 64 del R.D. 364/1995, de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General de Ingreso del Personal al Servicio de la Administración General del Estado y de la Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional de los Funcionarios Civiles de la Administración General del Estado).

Su régimen jurídico se resume en los siguientes puntos:

- Sólo será posible para plazas vacantes temporalmente desatendidas y cuando las necesidades del servicio así lo exijan.

- Las plazas vacantes serán cubiertas por personal estatutario de la correspondiente categoría y especialidad.
- Tendrá carácter temporal y llevará aparejada la reserva de la plaza o puesto de trabajo de origen.
- Esta figura también se utilizará para desempeñar funciones especiales no adscritas a una plaza o puesto.
- Las retribuciones serán las correspondientes a la plaza o puesto efectivamente ocupado, salvo que sean inferiores a la plaza de origen, en cuyo caso percibirán éstas.
- Durante la comisión de servicios, el interesado se considerará a todos los efectos como en servicio activo (artículo 63.3 LEM).

CAPÍTULO VIII

CARRERA PROFESIONAL

El precedente normativo más cercano a la carrera profesional del personal estatutario lo encontramos en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que, en su artículo 40, y con la rúbrica genérica de "*Desarrollo Profesional*", dispone:

"*Artículo 40. Desarrollo profesional.*

El desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y deberá responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos:

a) La formación continuada.
b) La carrera profesional.
c) La evaluación de competencias."

Respecto a la carrera profesional dice la referida Ley 16/2003 de Calidad y Cohesión del SNS:

"*Artículo 41: Carrera Profesional.*
1.- La carrera profesional es el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios.

2.- El estatuto marco previsto en el articulo 84 de la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, contendrá la normativa básica aplicable al personal del Sistema Nacional Salud, que será desarrollada por las CC.AA."

En ejecución de lo anterior, el Capítulo VIII de la LEM, íntegramente dedicado a la Carrera Profesional, hace efectiva la previsión contenida en el artículo 41.2 de la Ley 16/2003, y al efecto establece la normativa básica que sobre esta materia tendrá que ser desarrollada por las Comunidades Autónomas, previa negociación colectiva, de forma que posibilite el derecho a la promoción de este personal.

Las CC.AA. también serán competentes para determinar, previa negociación en las mesas correspondientes, la repercusión de la carrera profesional en el desarrollo profesional.

La definición de Carrera Profesional contenida en la Ley del Estatuto Marco no es más que una reproducción de la ya contenida en la Ley 16/2003 y que hemos trascrito más arriba. (Artículo 41.1 Ley 16/2003).

Al objeto de que la carrera profesional sea válida en todo el Sistema Nacional de Salud, el Estatuto Marco atribuye a la CRHSNS competencia para establecer los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera, "a *fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de carrera, sus efectos profesionales y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud*".

En todo caso, y según la Disposición Transitoria Sexta, las previsiones contenidas en la LEM sobre Carrera Profesional, entrarán en vigor en cada Servicio de Salud en el momento en que su normativa lo prevea.

CAPÍTULO IX

RETRIBUCIONES

Entre las grandes novedades introducidas por la LEM, quizás la más importante y trascendente sea la relativa a la nueva estructura retributiva, que podrá suponer un cambio radical con respecto a la anteriormente prevista en el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribución del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud, que se deroga.

Esta derogación tendrá lugar en el momento de la entrada en vigor de la LEM respecto a las retribuciones fijas previstas con carácter obligatorio para todo el personal estatutario del SNS en el artículo 42 de la LEM.

En cuanto a las retribuciones variables (artículo 43 de la LEM), la derogación de los preceptos que el R.D-Ley 3/1987 les dedica, no coincidirá con la entrada en vigor de la LEM, sino que será progresiva y en distintos momentos según el Servicio de Salud.

La razón de esta afirmación reside en que el legislador estatal ha considerado que "*la determinación de los conceptos, cuantías y criterios para la atribución de las retribuciones complementarias en el ámbito de cada Servicio de Salud*" es competencia de las Comunidades Autónomas (artículo 43.1 LEM), por lo que la LEM debe limitarse a prever su existencia y a señalar que serán fijas o variables (artículo 43 LEM).

Para evitar el vacío normativo que supondría la derogación automática de las retribuciones complementarias previstas en el R.D-Ley 9/1987 en tanto cada Comunidad Autónoma acomete la determinación de los conceptos, cuantías y criterios de atribución, se mantendrán vigentes -aunque ya sin el carácter de norma básica-, los preceptos que sobre tal cuestión contiene el R.D-Ley 3/1987 y demás normativa de desarrollo (Acuerdos y Pactos).

Esta previsión se contiene expresamente en el apartado 1.a) de la Disposición Transitoria Sexta de la Ley del Estatuto Marco que dice:

> "*1.-..... las previsiones de esta Ley que a continuación se indican producirán efectos en la forma que se señala:*
>
> *a. Las previsiones de los artículos ... y 43 de esta Ley entrarán en vigor, en cada Servicio de Salud, cuando así se establezca en las normas a que se refiere su artículo 3. En tanto se produce tal entrada en vigor se mantendrán vigentes, en cada Servicio de Salud y sin carácter básico, las normas previstas en la disposición derogatoria única. 1.b), o las equivalentes en cada comunidad autónoma.*"

El artículo 41 de la LEM enumera los criterios generales del sistema retributivo del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, que se resumen en los siguientes puntos:

- Responde a los principios de cualificación técnica y profesional.
- Deberá asegurar un modelo común en relación con las retribuciones básicas.
- El personal estatutario no podrá participar en los ingresos atribuidos a los Servicios de Salud como contraprestación de cualquier servicio.
- La parte de jornada no realizada por causas imputables al interesado dará lugar a la deducción proporcional de haberes.
- El sistema retributivo se estructura en retribuciones básicas y complementarias.

- **Retribuciones básicas.** (Artículo 42).

El importe de las retribuciones básicas será igual en todos los Servicios de Salud ya que su cuantía se determinará anualmente en las correspondientes Leyes de Presupuestos, que deberán coincidir con las establecidas cada año en la Ley de Presupuestos del Estado para los funcionarios públicos.

Tendrán la consideración de retribución básica:

- Sueldo: asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño conforme a lo previsto en los artículos 6.2 y 7.2 de la LEM (referidos a la clasificación del personal estatutario atendiendo al nivel académico del título exigido para su ingreso).

- Trienios: que será una cantidad igual para cada categoría (referida al criterio de clasificación de los artículos 6.2 y 7.2 LEM), por cada tres años de servicios.

- Pagas Extraordinarias: dos al año, con devengo preferente en los meses de junio y diciembre.

Como mínimo su importe será de:

- Una mensualidad del sueldo y trienios.
- La catorceava parte del importe anual del complemento de destino.

- **Retribuciones complementarias.** (Artículo 43).

Deben orientarse prioritariamente (artículo 41.2) a la motivación del personal, la incentivación de la actividad, la calidad del servicio, dedicación y consecución de los objetivos planificados.

Van dirigidas a retribuir (artículo 43.1) la función desempeñada, categoría, dedicación, actividad, productividad, cumplimiento de objetivos, evaluación del rendimiento y los resultados.

Las retribuciones complementarias son (artículo 43.1):

- Fijas.
  o
- Variables.

El apartado 2 del artículo 43, enuncia a título de ejemplo algunas clases de retribuciones complementarias y los conceptos que retribuyen, sin que en ningún momento se llegue a determinar su carácter fijo o variable.

Y así tenemos:

- Complemento de Destino.
- Complemento Específico.
- Complemento de Productividad.
- Complemento de Atención Continuada.
- Complemento de Carrera Profesional.

• **Retribuciones del Personal Temporal.** (Artículo 44).

Percibirá la totalidad de las retribuciones básicas y complementarias establecidas en el correspondiente Servicio de Salud, con la excepción de los trienios.

• **Retribuciones de los Aspirantes en Prácticas.** (Artículo 45).

Percibirán las retribuciones que en cada caso fijen los Servicios de Salud y que como mínimo tendrán que ser las retribuciones básicas del Grupo al que aspiren ingresar, con la excepción de los trienios.

CAPÍTULO X

JORNADA DE TRABAJO, PERMISOS Y LICENCIAS

Este Capítulo es el más extenso de los catorce que componen la Ley del Estatuto Marco y se subdivide en dos Secciones:

- Sección 1ª. Tiempo de trabajo y régimen de descansos. (Artículos 46 a 59).
- Sección 2ª. Jornadas parciales, fiestas y permisos. (Artículos 60 a 61).

Sección 1ª

Tiempo de Trabajo y Régimen de Descansos

En esta Sección el legislador estatal traspone al ordenamiento jurídico español las Directivas Europeas 93/104, de 23 de noviembre y 2000/34 de 22 de junio, cuyo objetivo es promover la mejora del medio de trabajo, con el fin de elevar el nivel de protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores.

Con idéntico objetivo, la Sección 1ª del Capítulo X de la LEM establece un mínimo común sobre jornada y descansos para todos los Centros y Establecimientos Sanitarios, intentando con ello garantizar la salud laboral de los profesionales sanitarios, sin menoscabo de una asistencia sanitaria adecuada.

Estamos por tanto ante una regulación que tiene el carácter de mínima y que, por tanto, permite a las CC.AA. la regulación de unos tiempos de jornada y descansos más beneficiosos para su personal respecto a los mínimos que la LEM prevé.

Iniciamos el comentario de esta Sección haciendo alusión a su ámbito subjetivo de aplicación, que no coincide íntegramente con el previsto en el artículo 2 de la LEM que ya hemos analizado.

Esta afirmación se deriva de la Disposición Adicional Segunda de la LEM, que con la rúbrica genérica de "*Jornada y descansos de los Centros del Sistema Nacional de Salud*", establece:

> "*El régimen de jornada y descansos establecido en la Sección 1ª del Capítulo X de esta Ley, será de aplicación al personal sanitario a que se refiere el artículo 6, sea cual sea el vínculo jurídico de su relación de empleo, de los Centros y Servicios Sanitarios gestionados directamente por los Servicios de Salud.*
>
> *Asimismo, dicho régimen será de aplicación, bien con carácter supletorio en ausencia de regulación sobre jornada y descansos en los Convenios Colectivos en cada caso aplicables, bien directamente si la regulación de esta Ley resulta más beneficiosa que las previsiones de dichos Convenios, al personal de los Centros vinculados o concertados con el Sistema Nacional de Salud cuando tales Centros estén formalmente incorporados a una Red Sanitaria de Utilización Pública*".

En virtud de esta Disposición Adicional Segunda, entendemos que las previsiones sobre jornada y descansos previstos en la Sección 1ª del Capítulo X de la LEM se aplican:

a) En todo caso y directamente:

- Al personal estatutario de los Centros e Instituciones Sanitarias y Servicios Sanitarios del SNS.
- Al personal funcionario sanitario de los Centros y Servicios Sanitarios gestionados directamente por los Servicios de Salud.
- Al personal laboral sanitario de los Centros y Servicios Sanitarios gestionados directamente por los Servicios de Salud.

b) Supletoriamente, en ausencia de regulación expresa sobre jornada y descansos en el Convenio Colectivo que resulte aplicable:

- Al personal laboral de Centros vinculados o concertados con el SNS cuando tales Centros estén formalmente incorporados a una Red Sanitaria de Utilización Pública.

c) En todo caso y directamente, cuando las previsiones contenidas en el Convenio Colectivo aplicable sean menos favorables a las previstas por la Ley de Estatuto Marco:

- Al personal laboral de Centros vinculados o concertados con el SNS cuando tales Centros estén formalmente incorporados a una Red Sanitaria de Utilización Pública.

Las previsiones contenidas en la Disposición Adicional Segunda que hemos analizado, han de completarse con lo previsto en la Disposición Adicional Décima que, con rúbrica genérica de "*Aplicación de esta Ley en los servicios administrativos*", dice:

> "*Los Servicios de Salud podrán establecer la aplicación del régimen estatutario previsto en esta Ley a las estructuras administrativas y de gestión del servicio de salud respectivo*".

Conjugando el artículo 2 de la LEM con ambas Disposiciones Adicionales entendemos que puede llegarse a la conclusión de que las previsiones de la Sección 1ª del Capítulo X se aplican:

- en todo caso y directamente al personal estatutario que desempeña su función en los Centros e Instituciones Sanitarias de los Servicios de Salud de las CC.AA. o en los Centros y Servicios Sanitarios de la Administración General del Estado (artículo 2),

- en todo caso y directamente al personal funcionario sanitario y laboral sanitario que preste servicios en Centros y Servicios Sanitarios gestionados directamente por los Servicios de Salud (D.A.2ª),

- en algunos casos, bien de forma directa o supletoria, al personal laboral de Centros vinculados o concertados con el SNS, cuando estos Centros estén formalmente incorporados a una Red Sanitaria de Utilización Pública (D.A.2ª),

- en algunos casos, cuando lo disponga el Servicio de Salud, al personal de las estructuras administrativas y de gestión del respectivo Servicio de Salud (D.A.10ª),

Pasando ya a analizar el contenido de esta Sección, es de significar que el artículo 46.2 de la LEM, como en su día hizo la Directiva 93/104, de 23 de noviembre, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, establece un glosario de términos a los únicos efectos del régimen de jornadas y descansos.

Ello significa, tal y como nos aclara el propio artículo, que las definiciones contenidas no podrán tener "*influencia en materia de compensaciones económicas u hora-*

rias, materia en la que se estará a lo dispuesto específicamente en las normas, pactos o acuerdos que, en cada caso, resulten aplicables".

Y así tenemos que, a los efectos de jornada y descansos para proteger la seguridad y salud del personal estatutario, se entenderá por:

- **Centro Sanitario**: los centros y establecimientos sanitarios, cualquiera que sea su nivel, categoría o titular, y que estén debidamente acreditados para su instalación, funcionamiento, operaciones de calificación, acreditación y registro. (Artículo 29 de la LGS).

- **Personal**: el personal estatutario que presta servicio en un centro sanitario.

- **Tiempo de trabajo**:

  - Periodo en que el personal permanece en el centro sanitario, a disposición del mismo y en ejercicio efectivo de sus funciones.
    Su cómputo se realizará de modo que tanto al comienzo como al final de cada jornada el personal se encuentre en su puesto y en ejercicio de su actividad.
  - Los servicios prestados fuera del centro sanitario también se consideran tiempo de trabajo, siempre que se produzcan como consecuencia del modelo de organización asistencial o se deriven de la programación funcional del centro.

- **Periodo de localización**:

  - Periodo en el que el personal se encuentra en situación de disponibilidad, que haga posible su localización y presencia inmediata.
  - Los periodos de localización no se computarán como tiempo de trabajo, salvo que el interesado sea requerido para la prestación de un trabajo o servicio efectivo, en cuyo caso se computará como jornada tanto la duración del trabajo desarrollado como los tiempos de desplazamiento. (Artículo 48. 2)

- **Periodo de descanso**: periodo de tiempo que no es de trabajo.

- **Periodo nocturno**:

  - Se definirá en normas, pactos o acuerdos.
  - En ausencia de tal definición se considera periodo nocturno el comprendido entre las 23.00 horas y las 6.00 horas del día siguiente.
  - Tendrá una duración mínima de siete horas.
  - Deberá incluir necesariamente el periodo comprendido entre las cero y las cinco horas.

- **Personal nocturno**:

  - El que realice normalmente durante el periodo nocturno una parte no inferior a tres horas de su tiempo de trabajo diario.
  - El que puede realizar durante el periodo nocturno un tercio de su tiempo de trabajo anual.

- **Trabajo por turnos**: toda forma de organización del trabajo en equipo por la que el personal ocupa sucesivamente las mismas plazas con arreglo a un ritmo determinado, incluido el ritmo rotatorio, de tipo continuo o discontinuo, implicando para el personal la necesidad de realizar su trabajo en distintas horas a lo largo de un periodo dado de días o semanas.

- **Personal por turnos**: personal cuyo horario de trabajo se ajusta a un régimen de trabajo por turnos.

- **Programación funcional del centro**: instrucciones que en uso de la potestad de organización y dirección del trabajo, se establezcan por la Gerencia o la Dirección del centro sanitario en orden a articular la actividad de los servicios y del personal de cada uno de ellos.

1.- Tiempo de trabajo: Jornada

En cuanto a la jornada, la LEM distingue tres clases:

a) jornada ordinaria de trabajo (artículo 47),
b) jornada complementaria de trabajo (artículo 48),
c) jornada especial de trabajo (artículo 49).

El régimen jurídico de estas jornadas se encuentra diseminado a lo largo de esta Sección.

Sin embargo, y antes de proceder a su análisis sistemático, hay que analizar el artículo 57 de la LEM dedicado a la determinación de los períodos de referencia necesarios para concretar la duración de los diferentes tipos de jornada y de descanso que se comentarán.

Conforme a este artículo, cuando la LEM prevé un periodo de tiempo semanal, mensual o anual, debe entenderse referido a semanas, meses o años naturales. La mención a un periodo de tiempo semestral, se referirá al primer o segundo semestre de cada año natural.

1.a) Jornada Ordinaria. (Artículo 47).

- Su duración se determinará mediante norma, pacto o acuerdo (artículo 47).
- El tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria no excederá de doce horas ininterrumpidas (artículo 51).
- No obstante, la programación funcional del centro podrá establecer excepcionalmente jornadas ordinarias de hasta 24 horas para determinados servicios o unidades asistenciales (artículo 51).
- La programación funcional del centro podrá establecer su distribución irregular a lo largo del año (artículo 47).
- Lo señalado es aplicable para el personal nocturno (artículo 55) y personal a turnos (artículo 56).

1.b) Jornada complementaria. (Artículo 48).

- Tiene por objeto prestar servicios de atención continuada con el fin de garantizar la atención permanente.
- La forma de desarrollarse esta jornada la determinará la programación funcional del centro.
- La realización de esta jornada sólo será posible para:
  . el personal de las categorías o unidades que antes de la entrada en vigor de la LEM cubrían la atención continuada mediante guardias u otro sistema análogo,
  . el personal de las categorías o unidades que expresamente se determine mediante la negociación colectiva.
- La jornada complementaria en ningún caso tendrá la condición ni el tratamiento establecido para las horas extraordinarias por lo que:
  . no serán aplicables las limitaciones que se establecen para las horas extraordinarias,
  . su retribución o compensación se determinará independientemente de aquéllas mediante normas o pactos.
- Los puntos anteriormente señalados son aplicables al personal a turnos (artículo 56).

Observamos que nada dice la LEM sobre la duración mínima de la jornada ordinaria (la duración máxima está fijada en 12 horas y excepcionalmente en 24 horas), ni sobre la duración mínima o máxima de la jornada complementaria.

Sin embargo, sí establece un límite máximo conjunto aplicable a ambos tipos de jornadas y así, en el apartado 2 del artículo 48, señala que:

> "*2.- La duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada complementaria y a la jornada ordinaria será de cuarenta y ocho horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semes-*

tral, salvo que mediante acuerdo, pacto o convenio colectivo se establezca otro cómputo.

No serán tomados en consideración para la indicada duración máxima los períodos de localización, salvo que el interesado sea requerido para la prestación de un trabajo o servicio efectivo, caso en que se computará como jornada tanto la duración del trabajo desarrollado como los tiempos de desplazamiento."

La salvedad contenida al final del primer párrafo del apartado 2 de este artículo, ha de entenderse en el sentido más favorable para el trabajador. No olvidemos que las previsiones contenidas en esta Sección 1ª, constituyen normas de derecho mínimo indisponible para las partes, por lo que cualquier "*acuerdo, pacto o convenio colectivo que establezca otro cómputo*", para que sea considerado conforme a derecho, tendrá que contener cláusulas más favorables para el trabajador.

Al personal sanitario en formación como especialistas mediante el sistema de residencia, tanto de los Centros públicos como de los privados acreditados para la docencia, les será progresivamente aplicable el límite máximo conjunto de 48 horas semanales de trabajo efectivo previsto en el artículo 48.2 de la LEM, en los plazos que prevé la Disposición Transitoria Primera de la LEM, que dice:

"*La limitación del tiempo de trabajo establecida en el artículo 48.2 de esta Ley se aplicará al personal sanitario en formación como especialistas mediante residencia, tanto de los Centros públicos como de los privados acreditados para la docencia, de acuerdo con las siguientes normas:*

a) Cincuenta y ocho horas semanales de promedio en cómputo anual, entre el 1 de agosto de 2004 y el 31 de julio de 2007.
b) Cincuenta y seis horas semanales de promedio en cómputo semestral, entre el 1 de agosto de 2007 y el 31 de julio de 2008.
c) A partir del 1 de agosto de 2008 será aplicable a este personal la limitación general de 48 horas semanales".

1.c) Régimen de jornada especial. (Artículo 49).

Cuando el tiempo de trabajo exceda de la duración máxima conjunta prevista para la jornada ordinaria y complementaria (cuarenta y ocho semanales de trabajo efectivo en cómputo semestral salvo que mediante acuerdo, pacto o convenio colectivo se establezca otro cómputo), estaremos ante una jornada que "*tendrá el carácter de jornada complementaria y un límite máximo de ciento cincuenta horas al año*". (Artículo 49.1 LEM).

Es importante señalar que, aunque la LEM dispone que el exceso de tiempo de trabajo anteriormente apuntado "*tendrá el carácter de jornada comple-*

mentaria", lo cierto es que la jornada complementaria del articulo 48 y la del artículo 49 sólo tienen en común su denominación y no su régimen jurídico que son sustancialmente distintos.

En los puntos siguientes se resume el régimen jurídico de la jornada especial que ahora nos ocupa:

- Esta jornada sólo será posible cuando concurran de forma simultánea las siguientes circunstancias:
  - la jornada ordinaria y complementaria sean insuficientes para garantizar una asistencia sanitaria adecuada y permanente
  - existan razones organizativas o asistenciales que justifiquen la realización de esta jornada.
- Para su realización, es necesario que el personal preste su consentimiento por escrito, de forma libre e individualizada.
- El centro sanitario podrá establecer requisitos específicos para que el consentimiento sea válido.
- En todo caso, el centro sanitario deberá asegurar que:
  - no se cause perjuicio alguno para los trabajadores que no consientan la realización de esta jornada,
  - existan registros a disposición de las autoridades donde conste el nombre del personal que desarrolle esta jornada
  - se garantice en todo caso la seguridad y salud de los trabajadores
- El límite de esta jornada no podrá exceder las 150 horas al año.
- Las anteriores previsiones son aplicables al personal a turnos (artículo 56).

El límite máximo de 150 horas anuales se matiza en el apartado segundo de la Disposición Transitoria Sexta de la LEM, de cuya lectura se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El citado límite se impondrá de forma progresiva durante los diez años siguientes a la entrada en vigor de la LEM, y en la forma que determine el Gobierno mediante norma con rango de Real Decreto.

2. Con carácter previo a la elaboración del citado R.D., la CRHSNS deberá elaborar un informe analizando detalladamente:

   - las implicaciones que este límite tendrá en la organización funcional de los Centros y en las necesidades de especialistas
   - las posibles excepciones derivadas del hecho insular
   - las repercusiones económicas de su implantación progresiva.

2.- Régimen de Descansos

En cuanto a la descansos, la LEM distingue las siguientes clases:

- Régimen ordinario de descansos. (Artículos 50 a 53 y 58).
- Régimen de descansos alternativos. (Artículos 54 y 58).

A continuación los analizamos:

2.1. Régimen ordinario de descansos. (Artículos 50 a 53 y 58):

2.1.a) pausa en el trabajo (artículos 50 y 58),
2.1.b) descansos diario entre jornadas (artículos 51 y 58),
2.1.c) descanso semanal (artículos 52 y 58),
2.1.d) descanso anual (artículos 53 y 58).

2.1.a) Pausa en el trabajo:

- Tiene carácter imperativo para todas aquellas jornadas que excedan de seis horas continuadas.

- Su duración mínima será de quince minutos.

- Su disfrute estará supeditado al mantenimiento de la atención de los servicios.

- Tendrá la consideración de tiempo de trabajo efectivo, en la forma que esté establecido por norma, pacto o acuerdo.

2.1.b) Descanso diario entre jornadas:

- Como mínimo será de doce horas ininterrumpidas entre el fin de una jornada y el comienzo de la siguiente.

- El mínimo anterior podrá reducirse en los siguientes supuestos:

  a) En caso de trabajo a turnos, cuando el personal cambie de equipo y no pueda disfrutar del periodo de descanso diario entre el final de la jornada de un equipo y el comienzo de la jornada del siguiente.

  b) Cuando en un intervalo inferior a 12 horas se sucedan los tiempos de trabajo correspondiente a diferentes tipos de jornada (ordinaria, complementaria o especial).

- Para las jornadas de 24 horas, los períodos mínimos de descanso ininterrumpido deberán ampliarse mediante la negociación colectiva y de forma progresiva, para hacerlos compatibles con las posibilidades de los servicios y unidades afectados.

- Este descanso no tendrá la consideración de tiempo de trabajo y en consecuencia, no podrá ser, en ningún caso, tomado en consideración para el cumplimiento de la jornada ordinaria de trabajo.

2.1.c) Descanso semanal:

- Como mínimo tendrá una duración media de 24 horas semanales en cómputo bimensual.

- Al anterior descanso necesariamente habrá que añadir el descanso mínimo e ininterrumpido entre jornadas de 12 horas.

- El descanso semanal no tendrá la consideración de tiempo de trabajo y, en consecuencia, en ningún caso podrá ser tomado en consideración para el cumplimiento de la jornada ordinaria de trabajo.

2.1.d) Descanso Anual. Vacaciones Anuales:

- Será retribuido y su duración no será inferior a treinta días naturales o al tiempo que proporcionalmente corresponda.

- El periodo de vacaciones se fijará por la programación funcional del centro.

- Este periodo no podrá ser sustituido por compensación económica, salvo que las prestación de servicios finalice.

- El periodo de vacación anual será neutro para

  a) el cálculo de los promedios previstos para calcular la jornada ordinaria y complementaria,

  b) el cálculo del descanso semanal y descansos alternativos.

- Para el cálculo de los citados promedios previstos en los apartados a) y b), la baja por enfermedad también se considerará neutra.

2.2. Régimen de descansos alternativos. (Artículos 54 y 58):

Se aplicará este régimen cuando los trabajadores no hayan podido disfrutar de "*los periodos mínimos de descanso previstos en esta Ley*". (Art. 54.1 LEM).

En todo caso, la duración total del descanso alternativo no será inferior a la reducción que los descansos ordinarios hayan experimentado y, al igual que ocurre con las vacaciones anuales, el disfrute de los descansos compensatorios no podrá ser sustituido por compensación económica, salvo dos supuestos:

- finalización de la relación de servicios,
- circunstancias que pudieran derivar del hecho insular.

En aquellas Comunidades Autónomas que eventualmente regulen un régimen de descansos ordinarios más favorables a los previstos con carácter de mínimo por la LEM, la dicción literal de la frase contenida en el artículo 54.1 de la LEM que más arriba hemos entrecomillado y escrito en cursiva, podría interpretarse de la siguiente manera:

En el supuesto que algún trabajador sanitario no llegara a disfrutar íntegramente de los descansos ordinarios más favorables previstos por la correspondiente norma autonómica (aunque sí del tiempo mínimo de descanso previsto en la LEM), podría considerarse ajustado a Derecho que el órgano competente en su Centro o Institución, no permitiera al trabajador hacer uso del régimen de descansos alternativos previstos en el artículo 54 de la LEM, ya que en puridad sí ha disfrutado íntegramente de "*los periodos mínimos de descanso previstos en la Ley*" estatal, aunque no de los previstos en la norma autonómica.

En todo caso entendemos que la circunstancia ahora apuntada sólo sería posible en aquellas Comunidades Autónomas que se limitaran a regular un régimen de jornadas y descansos ordinarios más favorables para su personal, pero que no estableciesen regulación alguna en torno al régimen específico de los descansos alternativos, por lo que resultaría de aplicación supletoria el régimen previsto en el artículo 54 de la LEM.

En cualquier caso y según el apartado 2 del artículo 54, se entenderá que se ha disfrutado de los períodos mínimos de descanso obligatorio y por tanto no habrá derecho a su compensación cuando "*en cómputo trimestral se haya disfrutado un promedio semanal de noventa y seis horas de descanso, incluyendo los descansos semanales disfrutados, computando para ello todos los períodos de descanso de duración igual o superior a doce horas consecutivas*".

Para finalizar, y según lo dispuesto en el artículo 58.2 los dencansos alternativos en ningún caso tendrán la consideración de trabajo efectivo.

Sección 2ª

Jornadas parciales, fiestas y permisos

Comenzamos el análisis de esta Sección 2ª señalando que su ámbito subjetivo nuevamente es el previsto, con carácter general, en el artículo 2 de la LEM.

Se compone sólo por dos artículos: el artículo 60, dedicado a la jornada de trabajo a tiempo parcial, y el 61, dedicado al régimen de fiestas y permisos.

— **Jornada de trabajo a tiempo parcial**. (Artículo 60).

Antes de analizar las clases de jornada de trabajo a tiempo parcial que tácitamente se reconocen en la LEM, hemos de referirnos a la Disposición Adicional Decimocuarta destinada a aclarar la regulación de la Seguridad Social del personal estatutario con nombramiento a tiempo parcial, según la cual:

> "*Al personal estatutario con nombramiento a tiempo parcial a que se refiere el artículo 60 de esta Ley le resultará de aplicación la Disposición Adicional Séptima del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto-Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y las disposiciones de desarrollo*".

Entre las disposiciones que desarrollan la Disposición Adicional Séptima del texto refundido de la LGSS, que se rubrica "*Normas Aplicables a los trabajadores contratados a tiempo parcial*", está el Real Decreto 1131/2002, de 31 de octubre, por el que se regula la Seguridad Social de los trabajadores contratados a tiempo parcial, así como la jubilación parcial.

Volviendo al texto articulado señalamos que, según se desprende del artículo 60, podemos decir que existen dos clases de jornada a tiempo parcial:

a) De carácter “estructural”. (Artículo 60.1, 2 y 3)
b) De carácter “coyuntural”. (Artículo 60.4).

a) Jornada Parcial de carácter estructural.

Junto con el régimen retributivo y la ordenación del tiempo de trabajo, el establecimiento de jornadas parciales de carácter estructural (y no sólo coyuntural como hasta ahora), constituyen a nuestro entender una de las más importantes innovaciones de la Ley del Estatuto Marco.

Esta clase de jornada podrá ser realizada por personal con nombramiento temporal o fijo; en todo caso el nombramiento deberá expresar que es a dedicación parcial.

La dedicación parcial también se hará constar en las convocatorias de acceso para personal fijo o temporal y en los procesos de movilidad.

La duración máxima de la jornada de trabajo a tiempo parcial con respecto a la jornada completa, será fijada por las Comunidades Autónomas; sin embargo, la LEM les impone un límite: no podrá exceder del 75% de la jornada ordinaria en cómputo anual, o del que proporcionalmente corresponda si se trata de nombramiento temporal. (Artículo 60.2 LEM).

A nuestro entender el artículo 60.2 admite varias interpretaciones. A continuación apuntamos algunas de ellas:

1. Que el tiempo de trabajo del personal con nombramiento de dedicación parcial se considere siempre y en todo caso como jornada ordinaria, sin que en ningún caso pueda superar el 75% de la jornada ordinaria anual de los trabajadores con nombramiento a tiempo completo.

2. Que el personal con nombramiento de dedicación parcial pueda realizar jornada ordinaria y complementaria, operando la limitación del 75% de la jornada ordinaria anual de los trabajadores con nombramiento a tiempo completo, únicamente respecto a la jornada ordinaria realizada.

3. Que el personal con nombramiento de dedicación parcial pueda realizar jornada ordinaria y complementaria, operando la limitación del 75% de la jornada ordinaria anual de los trabajadores con nombramiento a tiempo completo, respecto a la jornada total realizada.

Siguiendo con esta jornada, también nos cuestionamos si el personal con este tipo de nombramiento puede o no realizar la jornada prevista en el artículo 49 de la LEM, esto es, la jornada especial.

Al efecto, nos limitaremos a señalar que según la dicción literal del segundo párrafo del artículo 49.1 de la LEM, sólo tendrá la consideración de jornada especial "*los excesos de jornada sobre lo establecido en el artículo 48.2*", esto es: los excesos sobre una jornada ordinaria y complementaria superior a las 48 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral u otro cómputo que mediante acuerdo, pacto o convenio colectivo se llegue a establecer.

A tenor de lo anterior, extraemos la consecuencia de que el personal con nombramiento a tiempo parcial en ningún caso podrá realizar una jornada especial de trabajo si su tiempo de trabajo no supera las 48 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral u otro cómputo que mediante acuerdo, pacto o convenio colectivo se llegue a establecer. Evidentemente, la posibilidad de que este personal pueda llegar o no a superar ese límite, dependerá de la forma en que el artículo 60.2 se interprete.

b) Jornada Parcial Coyuntural.

Esta jornada, que hemos calificado de "coyuntural" está prevista en el apartado 4 del artículo 60 de la LEM.

Decimos que se trata de una jornada parcial "coyuntural" porque su existencia está sujeta a determinadas coyunturas, que no son otras que la concurrencia de los supuestos que legalmente dan derecho a una reducción de jornada para conciliar la vida familiar y laboral.

La jornada ordinaria no realizada por el trabajador interesado en conciliar su vida familiar con la laboral al amparo de la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, podrá ser cubierta por personal temporal con el nombramiento previsto en el artículo 9.3.c) de la LEM, que se refiere al nombramiento eventual para la "*prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria*".

— **Régimen de fiestas y permisos**. (Artículo 61).

El régimen de las fiestas y permisos se resume en los siguientes puntos:

- Se reconoce una amplia competencia a las Comunidades Autónomas en el ámbito de las fiestas y permisos. (Artículo 61.1)

- El régimen de permisos establecidos para los funcionarios públicos por la Ley 39/1999, de conciliación de la vida familiar y laboral, se declara expresamente aplicable al personal estatutario. (Artículo 61.2)

- Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán conceder permisos retribuidos o con retribución parcial con motivo de (artículo 61.3):

  . la realización de estudios,
  . para asistir a cursos de formación o especialización relacionados directamente con las funciones de los servicios sanitarios y de interés relevante para el Servicio de Salud.

  En estos supuestos, y como requisito previo a la concesión del permiso, las CC.AA. podrán exigir al trabajador el compromiso de continuar prestando sus servicios en la misma institución, centro o servicio durante el plazo que se establezca a contar desde la finalización del permiso. El incumplimiento de este compromiso podrá suponer la devolución por parte del interesado de la parte proporcional de las retribuciones percibidas durante el permiso.

- Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán conceder permisos no retribuidos o con retribución parcial para (artículo 61.4):

  · asistir a cursos o seminarios de formación,
  · participar en programas acreditados de cooperación internacional,
  · participar en actividades docentes o de investigación sobre materias relacionadas con la actividad de los Servicios de Salud.

En todo caso, las Comunidades Autónomas, y previa negociación (artículo 80.f) LEM), tienen plena libertad para regular los supuestos de concesión de los permisos y el carácter retribuido o no de los mismos.

Por esta razón, las previsiones contenidas en los apartados 3 y 4 del artículo 61 de la LEM son a título orientativo.

No se puede decir lo mismo respecto al régimen de permisos previsto en el apartado 2 del artículo 61 de la LEM, cuya observancia es de carácter obligatorio para todas las Comunidades Autónomas.

Los permisos a los que se refiere el artículo 61.2 de la LEM son los previstos para los funcionarios públicos por la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, sobre conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

CAPÍTULO XI

SITUACIONES DEL PERSONAL ESTATUTARIO

Las situaciones administrativas del personal estatutario fijo se enumeran en el artículo 62 de la LEM.

Estas situaciones son aplicables al personal estatutario temporal, "*en cuanto sean adecuadas a la naturaleza de su condición*", según se desprende de la cláusula genérica prevista en el artículo 9.5 de la LEM.

Con carácter general, se reconocen y regula el régimen jurídico de las siguientes situaciones administrativas (artículo 62.1):

a) Servicio activo.
b) Servicios especiales.
c) Servicios bajo otro régimen jurídico.
d) Excedencia por servicios en el sector público.
e) Excedencia voluntaria.
f) Suspensión de funciones.

Respecto a las situaciones administrativas de (artículo 62.2):

- expectativa de destino,
- excedencia forzosa,
- excedencia voluntaria incentivada,

la LEM se limita a reconocerlas de forma expresa para el personal estatutario, aunque los supuestos en que procede su concesión y el régimen jurídico de cada una de ellas será competencia de las Comunidades Autónomas.

También se atribuye a las Comunidades Autónomas la regulación del régimen jurídico de otras situaciones administrativas aplicables al personal estatutario cuando vayan dirigidas a optimizar la planificación de sus recursos humanos.

Antes de comentar cada una de las situaciones administrativas previstas en el artículo 62.1, tenemos que referirnos a su Disposición Transitoria Cuarta que, bajo el título de "*Adaptación al nuevo sistema de situaciones*", se refiere al personal estatutario fijo que a la entrada en vigor de la LEM se encontraba en una situación administrativa distinta a la de servicio activo, que varía o desaparece a consecuencia de la entrada en vigor de la LEM.

Según se desprende de la citada Disposición, este personal podrá permanecer en la misma situación administrativa en la que se encontraba a la entrada en vigor de la LEM, con los efectos, derechos y deberes que se derivaban de tal situación en el momento de su concesión.

No obstante lo anterior, su reingreso al servicio activo se producirá, siempre y en todo caso, de acuerdo con las normas reguladoras del mismo que estén vigentes en el momento en que el reingreso se produzca.

Pasamos ahora a analizar las diferentes situaciones administrativas:

- **Servicio activo.** (Artículo 63).

Se encuentra en situación de servicio activo el personal estatutario que:

- Esté prestando servicios correspondientes a su nombramiento, cualquiera que sea el Servicio de Salud en el que se encuentre destinado.

- Ocupe un puesto descrito en la RPT de alguna Administración Pública, cuando expresamente se prevea esta posibilidad.

  En relación con este supuesto, la Disposición Adicional tercera de la LEM dispone que: "*El personal estatutario de los Servicios de Salud podrá acceder a puestos correspondientes a personal funcionario dentro de los servicios de las*

Administraciones Públicas, en la forma y con los requisitos que se prevean en las normas sobre Función Pública aplicables.
El personal estatutario que desempeñe estos puestos tendrá derecho a percibir las retribuciones correspondientes a los mismos, en la forma en que lo establezcan las normas de la correspondiente Administración Pública".

- Esté en comisión de servicios (con los efectos jurídicos previstos en el artículo 39 de la LEM) o en promoción interna temporal (con los efectos jurídicos previstos en el artículo 35 LEM).

- Disfrute de vacaciones y permisos.

- Se encuentre en la situación de incapacidad temporal.

- Esté provisionalmente y de forma cautelar suspendido de sus funciones (con los efectos jurídicos previstos en el artículo 75 LEM).

• **Servicios especiales.** (Artículo 64).

a) Está en situación de servicios especiales, con derecho al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad y carrera profesional, en su caso, percibo de trienios y reserva de la plaza de origen, el personal estatutario que (artículo 64.1):

   - Se encuentre en cualquiera de las situaciones que da lugar a la situación de servicios especiales en la función pública.

   - Acceda a una plaza de formación sanitaria especializada mediante residencia.

   - Acceda a un puesto directivo de las Organizaciones Internacionales, Administraciones Públicas, Servicios de Salud o Instituciones o Centros Sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

b) Se encuentra en situación de servicios especiales, con derecho al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad y reserva de la plaza de origen, el personal estatutario que (artículo 64.2):

   - Sea autorizado por la Administración Pública competente, por periodos superiores a seis meses, para prestar servicios; colaborar con organizaciones no gubernamentales que desarrollen programas de cooperación nacional o internacional.

- **Servicios bajo otro régimen jurídico.** (Articulo 65).

Se encuentra en situación de servicios bajo otro régimen, con derecho al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad y con derecho durante los tres primeros años a reincorporarse al servicio activo en la misma categoría y Area de Salud de origen o, si ello no fuera posible, en Áreas limítrofes con aquélla, el personal estatutario fijo que:

- Acepte la oferta de cambio de su relación de empleo que efectúen los Servicios de Salud, para prestar servicios en un Centro cuya gestión sea asumida bien por una Entidad creada o participada en un mínimo de la mitad de su capital por el propio Servicio de Salud o Comunidad Autónoma.

- Acepte la oferta de cambio de su relación de empleo que efectúen los Servicios de Salud, para prestar servicios en otras entidades surgidas al amparo de nuevas fórmulas de gestión promovidas por el Servicio de Salud o Comunidad Autónoma y creadas al amparo de la normativa que las regule.

- **Excedencia por prestar servicios en el sector público.** (Artículo 66).

Se encuentra en situación de excedencia por prestar servicios en el sector público, sin derecho a devengar retribuciones, y con derecho al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad y carrera profesional, en su caso, cuando reingresen al servicio activo, el personal estatutario que:

- Preste servicios en Organismos Públicos y no les corresponda quedar en otra situación.

- Preste servicios en otra categoría de personal estatutario, como funcionario o como personal laboral, en cualquiera de las Administraciones Públicas, salvo que hubiera obtenido la oportuna autorización de compatibilidad.

A los efectos de esta situación, se considerarán incluidas en el sector público aquellas entidades en las que la participación directa o indirecta de las Administraciones Públicas sea igual o superior al 50%, o en todo caso, cuando las mismas posean una situación de control efectivo.

- **Excedencia voluntaria por razones familiares.** (Artículo 62.3).

La situación de excedencia para el cuidado de familiares prevista para los funcionarios públicos en la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, sobre conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, será aplicable al personal estatutario.

Ante el silencio de la LEM sobre los efectos jurídicos de este tipo de excedencia, éstos serán los que la Ley de Función pública de la correspondiente Comunidad Autónoma o del Estado prevean para sus funcionarios.

Sobre esta cuestión, el artículo 29.4 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la Reforma de la Función Pública, después de establecer los distintos supuestos y duración de la excedencia voluntaria por razones familiares, regula sus efectos jurídicos en los siguientes términos:

> "*El periodo de permanencia en esta situación será computable a efectos de trienios, consolidación del grado personal y derechos pasivos. Durante el primer año, los funcionarios tendrán derecho a la reserva del puesto de trabajo que desempeñaban. Transcurrido este período, dicha reserva lo será al puesto en la misma localidad y de igual nivel y retribución.*"

- **Excedencia Voluntaria.** (Artículo 67).

En la LEM se reconocen cuatro clases de excedencia voluntaria:

1. Excedencia voluntaria por interés particular (artículo 67.1.a)).
2. Excedencia voluntaria por agrupación familiar (artículo 67.1.b)).
3. Excedencia voluntaria derivada del incumplimiento de solicitar el reingreso al servicio activo en plazo (artículo 67.1.c)).
4. Excedencia voluntaria incentivada (artículo 62.2 LEM).

Analizamos a continuación cada una de ellas:

1. Excedencia voluntaria por interés particular.

   El régimen jurídico de la excedencia voluntaria por interés particular sufre modificaciones respecto al anteriormente previsto en el artículo 42 del EPSNF.

   Como veremos a continuación, a partir del momento de entrada en vigor de la LEM, los requisitos para acceder a esta situación administrativa y el plazo mínimo de duración se homologan con los previstos para los funcionarios públicos.

   El régimen jurídico se resume en los siguientes puntos:

   - Se declara a instancia de parte.

   - Es necesario que el interesado haya prestado servicios efectivos en cualquiera de las Administraciones públicas durante los cinco años inmediatamente anteriores a su solicitud.

- Su concesión está subordinada a las necesidades del servicio, debiendo motivarse, en su caso, la denegación.

- En todo caso, no podrá concederse a quién esté sometido a un expediente disciplinario.

- El tiempo mínimo de permanencia en esta situación será de dos años y durante el tiempo que permanezca en esta situación no devengará retribuciones, ni le será computable el tiempo que permanezca en tal situación a efectos de carrera profesional o trienios.

2. Excedencia voluntaria por agrupación familiar.

   La LEM reconoce para el personal estatutario la excedencia voluntaria por agrupación familiar, que hasta ahora sólo era aplicable para los funcionarios públicos.

   Su régimen jurídico se resume en los siguientes puntos:

   - Se concede a instancia de parte.

   - Es necesario que el cónyuge del interesado resida en otra localidad fuera del ámbito de su nombramiento, por haber obtenido y estar desempeñando plaza con carácter de fijo como personal del Sistema Nacional de Salud, como funcionario de carrera o personal laboral de cualquier Administración Pública.

   - La LEM no prevé un tiempo mínimo de permanencia en esta situación, por lo que el interesado podrá mantenerse en esta situación tanto tiempo como en el cónyuge concurran las causas que la motivaron.

   - Durante el tiempo que se permanezca en esta situación, el interesado no devengará retribuciones, ni le será computable el tiempo a efectos de carrera profesional o trienios.

3. Excedencia voluntaria derivada del incumplimiento de solicitar el reingreso al servicio activo en plazo:

   - Se declara de oficio para aquellos supuestos en que el interesado, una vez finalizada la causa que determinó el pase a una situación distinta a la de activo, incumpla la obligación de solicitar el reingreso al servicio activo en el plazo que determine cada Servicio de Salud.

   - Como regla general, el tiempo mínimo de permanencia en esta situación será de dos años.

- Como excepción, a los que se encuentren en una situación de excedencia voluntaria por haber desaparecido la causa que en su día motivó la pérdida de la condición de personal estatutario, no les resultará exigible el tiempo mínimo de permanencia en esta situación de dos años (artículo 28.3 LEM).

- En todo caso, durante el tiempo que el interesado permanezca en esta situación, no devengará retribuciones, ni le será computado el tiempo a efectos de carrera profesional o trienios.

4. Excedencia voluntaria incentivada.

La excedencia voluntaria incentivada se menciona en la LEM en el artículo 62 que, como ya hemos visto, se limita a enumerar las situaciones administrativas del personal estatutario.

Por ello, la excedencia voluntaria incentivada no se regula con detalle por la LEM, sino que se limita a mencionar su existencia, dejando en manos de las Comunidades Autónomas una amplia competencia para determinar, en su caso, las causas que motiven su concesión y sus efectos jurídicos.

- **Suspensión de funciones.** (Artículos 68 y 75).

Distinguimos dos supuestos dentro de esta situación administrativa:

1) Personal declarado en situación de suspensión firme de funciones. (Artículo 68).

2) Personal declarado en situación de suspensión cautelar de funciones. (Artículo 75).

El artículo 68 establece los efectos jurídicos que se derivan de la situación administrativa de "suspensión firme de funciones", impuesta a consecuencia de la comisión una falta disciplinaria tipificada como muy grave o grave (artículo 73.1.c) LEM), o en virtud de sentencia dictada en causa criminal.

Los efectos jurídicos de la "suspensión cautelar de funciones", los encontraremos en el artículo 75 de la LEM, íntegramente dedicado a regular las medidas cautelares o provisionales adoptadas durante la tramitación de un expediente disciplinario, y que analizaremos en su momento

Nos limitaremos ahora a comentar los efectos jurídicos que el artículo 68 de la LEM prevé para la situación administrativa derivada de la suspensión firme de funciones:

— La suspensión firme de funciones por un tiempo superior a seis meses determinará la pérdida del puesto de trabajo.

— La suspensión firme por sanción disciplinaria no podrá exceder de seis años.

— Durante el tiempo de permanencia en esta situación el suspenso:

- quedará privado del ejercicio de sus funciones,
- no tendrá derecho a percibir sus retribuciones,
- no computará el tiempo en que permanezca en esta situación a efectos de trienios y, en su caso, de carrera profesional,
- tampoco podrá prestar servicios en ninguna Administración Pública, o en los Organismos Públicos o en las Entidades de Derecho Público dependientes o vinculadas a ellas, ni en las Entidades Públicas sujetas a Derecho privado o Fundaciones Sanitarias, durante el tiempo de cumplimiento de la pena o sanción.

• **Reingreso al servicio activo.** (Artículo 69).

Finaliza el Capítulo XI con el artículo 69 íntegramente dedicado a regular el "reingreso al servicio activo".

La LEM introduce escasas novedades a la regulación del reingreso que hacía el artículo 12 de la Ley 30/1999.

Al igual que la citada Ley, podemos distinguir dos clases de reingreso:

1. Reingreso definitivo. (Artículo 69.1).
2. Reingreso provisional. (Artículo 69.2).

1. Reingreso definitivo.

Con carácter general, podrá hacerse en cualquier Servicio de Salud a través de los procedimientos de movilidad voluntaria.

2. Reingreso provisional.

Tendrá lugar en alguna vacante del servicio de salud de procedencia del interesado, en el ámbito territorial y en las condiciones que en cada Servicio de Salud se determine.

La plaza desempeñada con carácter provisional será incluida en la primera convocatoria para la movilidad voluntaria que se efectúe.

En todo caso, y como ya hacía el artículo 12 de la Ley 30/1999, el apartado 3 del artículo 69 de la LEM autoriza a los Centros, Instituciones o Servicios de Salud de destino a realizar, si lo entienden oportuno, un programa específico de formación complementaria o de actualización de los conocimientos,

técnicas, habilidades y aptitudes necesarias para ejercer las actividades o funciones derivadas del nombramiento del reingresado. En todo caso, el seguimiento de este programa no afectará a la situación administrativa ni a los derechos económicos del reingresado al servicio activo.

Finalizamos el análisis del "reingreso al servicio activo" y con ello el de este Capítulo reiterando la alusión ya hecha a la Disposición Transitoria Cuarta de la LEM, en aquella parte que señala que el reingreso al servicio activo se producirá siempre de acuerdo con las normas que lo regulen en el momento en el que el reingreso se produzca.

CAPÍTULO XII

RÉGIMEN DISCIPLINARIO

La Ley del Estatuto Marco dedica cinco artículos al régimen disciplinario aplicable al personal estatutario del SNS.

El artículo 71 reconoce y enumera los principios rectores de la potestad disciplinaria que expresamente se reconoce a los distintos Servicios de Salud, respecto a las faltas cometidas por su personal estatutario (tipicidad, eficacia, proporcionalidad entre la falta y la sanción, inmediatez, etc).

Los principios del procedimiento disciplinario se enumeran, para su observancia obligatoria en todos los Servicios de Salud, en el artículo 74 (celeridad, inmediatez y economía procesal).

Respecto a los derechos del presunto infractor durante la tramitación del procedimiento, la LEM nos remite en bloque a los enumerados en el artículo 35 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, a los que se añaden otros como, por ejemplo, el derecho a la "*presunción de inocencia*" y a "*ser asesorados y asistidos por los representantes sindicales*".

Las formalidades del procedimiento disciplinario, esto es, los sucesivos actos formales que lo integran y componen, se dejan en manos de las Comunidades Autónomas, con una única limitación para el caso de las faltas tipificadas como muy graves o graves, donde siempre deberá existir la fase previa de instrucción que, sin embargo, no es preceptiva para el caso de las faltas leves respecto a las cuales sólo se impone el trámite de audiencia al interesado. (Artículo 74).

El artículo 72.1 clasifica las faltas disciplinarias en muy graves, graves o leves, que se tipifican respectivamente en los apartados 2, 3 y 4 del mismo artículo.

La tipificación contenida en los apartados 2, 3 y 4 del artículo 72 de la LEM no es cerrada, ya que el apartado 5 del citado artículo reconoce a las Comunidades Autónomas la posibilidad de tipificar, mediante una norma con rango de Ley, otras infracciones muy graves, graves o leves, además de las ya descritas con carácter obligatorio para todo el SNS en los apartados precedentes.

Termina el artículo 72 con la regulación, en su apartado 6, del plazo de prescripción de las faltas.

Sobre esta cuestión resaltamos el endurecimiento del plazo de prescripción para las faltas leves respecto al, por ejemplo, previsto en el ya derogado artículo 134 del EPSNF. Por el contrario, el plazo de prescripción para las faltas muy graves se suaviza.

La situación actual respecto a la derogada se aprecia en la siguiente tabla:

PLAZOS DE PRESCRIPCIÓN DE LAS FALTAS			
Antes		**Ahora**	
Personal Sanitario no Facultativo (artículo 134 del EPSNF)		Personal Estatutario del Sistema Nacional de Salud (artículo 72.6 LEM)	
Faltas muy graves	5 años	Faltas muy graves	4 años
Faltas graves	2 años	Faltas graves	2 años
Faltas leves	1 mes	Faltas leves	6 meses

El apartado 1 del artículo 73 enumera las sanciones que pueden imponerse por la comisión de las faltas tipificadas en el artículo 72, 2, 3 y 4, y así tenemos:

- **Sanciones para faltas muy graves.**

  - Separación del servicio: impuesta de forma firme lleva aparejada la pérdida de la condición de personal estatutario fijo (artículos 73.1.a) y 24); para adquirir nuevamente esta condición, el interesado deberá presentarse al correspondiente proceso de selección, pero nunca antes de que hayan transcurrido seis años desde la ejecución de la sanción (artículo 73.1.a)), de lo que se desprende que la duración mínima de la sanción de separación del servicio es de seis años.

    Asimismo, y con el ánimo de asegurar su efectividad, la Ley del Estatuto Marco dispone que durante su vigencia el sancionado no podrá prestar servicios como personal estatutario temporal o prestar servicios en alguna Administración Pública, en Entidades de Derecho Público vinculadas a la Administración, en Entidades Públicas sujetas a derecho privado ni Fundaciones Sanitarias.

- Traslado forzoso con cambio de localidad: la duración máxima de este traslado, impuesto por la comisión de falta muy grave, es de cuatro años y la mínima es de dos.

  El artículo 73.1.b) de la LEM asegura su ejecución al prever que durante su vigencia el sancionado no podrá participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse a la localidad de procedencia.

- Suspensión de funciones: cuando se impone con ocasión de faltas muy graves, su duración no podrá exceder de seis años ni podrá ser inferior a dos. A diferencia de la separación del servicio, la suspensión de funciones no comporta la pérdida de la condición de personal estatutario fijo, aunque sí la del puesto de trabajo cuando su duración exceda de seis meses.

  La ejecución de esta sanción se prevé en el artículo 68.4 de la LEM, que ya hemos analizado en el apartado relativo al Capítulo XI, dedicado a regular las "*Situaciones del personal estatutario*" y que, recordemos, dice: "*El personal declarado en la situación de suspensión firme de funciones no podrá prestar servicios en ninguna Administración Pública, ni en los Organismos Públicos o en las Entidades de Derecho Público dependientes o vinculadas a ellas, ni en las Entidades Públicas sujetas a Derecho privado o Fundaciones Sanitarias, durante el tiempo de cumplimiento de la pena o sanción*".

- **Sanciones para faltas graves.**

  - Suspensión de funciones: cuando se impone con ocasión de la comisión de faltas graves su duración no podrá ser superior a dos años. La suspensión de funciones por un plazo superior a seis meses lleva aparejada la pérdida del puesto de trabajo. (Artículos 68.2 y 73.1.c) LEM).

    La ejecución de esta sanción se prevé en el artículo 68.4 de la LEM, más arriba transcrito.

- **Sanciones para faltas leves.**

  - Apercibimiento: que se impondrá siempre por escrito.

Según el apartado 2 del artículo 73, las Comunidades Autónomas podrán establecer nuevas sanciones o sustituir las que hemos analizado (artículo 73.1) mediante la norma que en cada caso corresponda.

El plazo de prescripción de las sanciones se regula en el artículo 73.4, y así tenemos que:

- sanciones por faltas muy graves prescriben a los cuatro años,

- sanciones por faltas graves prescriben a los dos años,
- sanciones por faltas leves prescriben a los seis meses.

El plazo de prescripción comenzará a contarse desde el momento en que la resolución sancionadora cobre firmeza o desde que se quebrante el cumplimiento de la sanción una vez su ejecución hubiera comenzado.

Al igual que señalaba el ya derogado artículo 135.1 del EPSNF, el apartado 5 del artículo 73 de la LEM señala que las sanciones disciplinarias firmes se inscribirán en el expediente personal del sancionado.

La cancelación de las sanciones inscritas se practicará de oficio conforme a los siguientes periodos computados desde el cumplimiento de la sanción (artículo 73.5):

- seis meses, para sanciones impuestas por faltas leves,
- dos años, para sanciones impuestas por faltas graves,
- cuatro años, para sanciones impuestas por faltas muy graves.

En todo caso, no podrá apreciarse la reincidencia cuando la sanción impuesta por una falta anterior haya sido cancelada (artículo 73.6).

La situación prevista en los apartados 5 y 6 del artículo 73 de la LEM, respecto a la anteriormente prevista en el artículo 135 del EPSNF, se aprecia en la siguiente tabla:

CANCELACIÓN DE SANCIONES			
Antes		**Ahora**	
Personal Estatutario Sanitario no Facultativo (art. 135 del EPSNF)		Personal Estatutario del Sistema Nacional de Salud (art. 73.5 y 6 LEM)	
Faltas muy graves	5 años desde el cumplimiento de la sanción	Faltas muy graves	4 años desde el cumplimiento de la sanción
Faltas graves	2 años desde el cumplimiento de la sanción	Faltas graves	2 años desde el cumplimiento de la sanción
Faltas leves (amonestación)	6 meses desde su fecha	Faltas leves (cualquiera que se imponga)	6 meses desde el cumplimiento de la sanción
La cancelación se practica de oficio, salvo en el caso de amonestación, que sólo se cancela a instancia del interesado.		La cancelación se practica de oficio en todo caso.	
La cancelación no impide apreciar la reincidencia.		La cancelación impide apreciar la reincidencia.	

Finaliza este Capítulo con el artículo 75 relativo a las **medidas cautelares**.

A pesar de la rúbrica en plural de este artículo, lo cierto es que prevé una única medida cautelar: la suspensión temporal de funciones, que únicamente se podrá adoptar durante la tramitación de un expediente disciplinario abierto con ocasión de la presunta comisión de una falta tipificada como grave o muy grave, o cuando, en un proceso penal, se haya dictado auto de procesamiento.

En todo caso, esta medida cautelar deberá adoptarse mediante resolución motivada y, según se desprende del artículo 63.4 de la LEM, el temporalmente suspenso de funciones quedará en la situación administrativa de servicio activo, con unos efectos jurídicos distintos dependiendo de si la medida cautelar ha sido impuesta durante la tramitación de un expediente disciplinario o por haberse dictado contra el interesado auto de procesamiento o apertura de juicio oral.

Y así tenemos:

- Si la suspensión cautelar de funciones se ha adoptado a consecuencia de la apertura de un expediente disciplinario, su duración no podrá exceder de seis meses. En este caso, el cautelarmente suspenso tendrá derecho a percibir las retribuciones básicas (las previstas en el artículo 42 de la LEM), salvo si no comparece durante el procedimiento.

  Excepcionalmente, la duración de la suspensión cautelar podrá exceder de los seis meses cuando la tramitación del expediente se paralice por causas imputables al presunto infractor (artículo 75.2 LEM).

  Una vez finalizado el procedimiento disciplinario, si el expedientado resulta absuelto, o es sancionado con una sanción distinta a la separación de servicio o suspensión de funciones, tendrá derecho a la percepción de retribuciones dejadas de percibir.

  Si por el contrario el expediente finaliza con la sanción de separación del servicio o suspensión de funciones, "*sus efectos se retrotraerán a la fecha de inicio de las suspensión provisional*" (artículo 75.2 LEM), lo que puede interpretarse como la obligación que tiene el sancionado a devolver las retribuciones básicas que estuvo percibiendo durante la suspensión cautelar.

- Para el caso de que la medida cautelar se haya adoptado a consecuencia de un auto de procesamiento, su duración podrá extenderse más allá de los seis meses, concretamente hasta que el procedimiento penal termine mediante resolución judicial.

  En este supuesto, la suspensión cautelar de funciones no llevará aparejada el abono de las retribuciones básicas si el órgano judicial competente decreta la

adopción de algún tipo de medida (como por ejemplo la prisión provisional) que impida al procesado desempeñar las funciones derivadas de su nombramiento durante más de cinco días consecutivos.

Finaliza el artículo 75 y con ello el Capítulo XII con el apartado 5, que reconoce a las Comunidades Autónomas la potestad de regular otras medidas cautelares distintas a la que hemos analizado.

En todo caso, las medidas cautelares que eventualmente regule cada Comunidad Autónoma, tendrán que imponerse necesariamente para los supuestos previstos en el artículo 75.1 de la LEM (expediente disciplinario por falta grave o muy grave, o existencia de un auto de procesamiento o apertura de juicio oral dictado con ocasión de un proceso penal).

CAPÍTULO XIII

INCOMPATIBILIDADES

El Estatuto Marco dedica dos únicos artículos (76 y 77) a regular el régimen de incompatibilidades del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud.

De cualquier forma, las previsiones contenidas en este Capítulo se complementan (en cuanto a los efectos jurídicos de la situación administrativa de excedencia por incompatibilidad del personal estatutario), con las previsiones del artículo 66.3 de la LEM dedicado a la excedencia por prestar servicios en el sector público.

El artículo 76 nos remite con carácter general a las previsiones específicas que en materia de incompatibilidades existen en el ámbito de la función pública (Ley 53/1984, de 26 diciembre de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones públicas y Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los entes, organismos y empresas dependientes).

El artículo 77 contiene algunas peculiaridades del régimen de incompatibilidades del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, y así tenemos:

1. El desempeño de una plaza en el SNS será compatible con el disfrute de becas y ayudas por ampliación de estudios de programas oficiales de formación y perfeccionamiento de personal, siempre que:

   - para participar en las becas y ayudas sea necesaria la propuesta previa y favorable del Servicio de Salud de destino del interesado,

- que las bases de la convocatoria no prevean expresamente la imposibilidad de compatibilizar su desarrollo

2. La percepción de la pensión de jubilación será compatible con la situación de personal emérito.

   Sobre el personal emérito, la Disposición Adicional cuarta de la LEM, con rúbrica de: "*Nombramientos eméritos*", dispone:

   "*Los Servicios de Salud podrán nombrar, con carácter excepcional, personal emérito entre licenciados sanitarios jubilados cuando los méritos relevantes de su currículum profesional así lo aconsejen.*

   El personal emérito desempeñará actividades de consultoría, informe y docencia".

3. La percepción de la pensión de jubilación parcial será compatible con las retribuciones derivadas de una actividad a tiempo parcial.

Llama la atención la peculiaridad al régimen de incompatibilidades apuntada en el apartado 2 del artículo 77, que expresamente señala: "*En el ámbito de cada servicio de salud se establecerán las disposiciones oportunas para posibilitar la renuncia del complemento específico por parte del personal licenciado sanitario*".

Como señalábamos al analizar el artículo 43 de esta Ley, las Comunidades Autónomas tendrán libertad absoluta para determinar los conceptos, cuantías y criterios de atribución relativos a las retribuciones complementarias del personal estatutario, lo que comportará que puedan existir Servicios de Salud en los que entre sus retribuciones complementarias, no figure alguna que responda al nombre de "complemento específico".

Por ello hubiera sido más conveniente que el legislador hubiera empleado una fórmula más abierta y coherente con el contenido de otros artículos del texto para referirse a la renuncia del complemento destinado a remunerar la dedicación exclusiva, cualquiera que sea la denominación que cada Comunidad Autónoma quiera darle.

CAPÍTULO XIV

REPRESENTACIÓN, PARTICIPACIÓN Y NEGOCIACIÓN COLECTIVA

Entre los derechos colectivos del personal estatutario del SNS, el artículo 18 d) de la LEM reconoce el derecho a "*la negociación colectiva, representación y participación en la determinación de las condiciones de trabajo*".

La LEM no pretende reconocer ex novo estos derechos colectivos para el personal estatutario del SNS, sino que refuerza la existencia de los ya reconocidos y regulados para el personal funcionario y estatutario en la Ley 9/1987, de 12 de junio, de Órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

Por esta razón, el primer artículo (artículo 78) del Capítulo que ahora analizamos, señala que la Ley 9/1987, de 12 de junio, y sus disposiciones de desarrollo "*resultarán de aplicación al personal estatutario .... con las peculiaridades que se establecen*".

La primera peculiaridad que establece la LEM respecto al régimen general previsto por la Ley 9/1987, la encontramos en el artículo 79, que impone la existencia de una Mesa Sectorial de Sanidad en el ámbito de cada Servicio de Salud.

De no haberse introducido esta peculiaridad en la LEM, la existencia de mesas sectoriales de sanidad en el ámbito de la función pública de las Comunidades Autónomas no sería preceptiva ya que, y según el artículo 31 de la Ley 9/1987, su creación es una decisión potestativa de la Mesa General de la Función Pública que obligatoriamente debe existir en cada Comunidad Autónoma.

La composición de estas Mesas Sectoriales de Sanidad se prevé en el apartado 2 del articulo 79 de la LEM, en concreto:

1. Los representantes de la Administración Pública o Servicio de Salud correspondiente.

2. Las organizaciones sindicales más representativas a nivel estatal.

3. Las organizaciones sindicales más representativas a nivel de Comunidad Autónoma.

4. Las organizaciones sindicales que hayan obtenido el 10% o más de los representantes en las elecciones para Delegados y Juntas de Personal en el Servicio de Salud.

Puede apreciarse que la composición de la Mesa Sectorial de Sanidad prevista en el artículo 79.2 de la LEM, es semejante a la composición de las mesas secto-

riales prevista en el artículo 31.2 de la Ley 9/1987; y decimos semejante porque entre los miembros que enumera el artículo 79, no se encuentran las organizaciones sindicales que hayan obtenido el 10% o más de los representantes en las elecciones para Delegados o miembros de Junta de Personal en el ámbito de la función pública de la Comunidad Autónoma correspondiente que, sin embargo, sí están reconocidas como integrantes de las mesas sectoriales en el artículo 31 de la Ley 9/1987.

El artículo 80 y último de la Ley del Estatuto Marco regula el régimen jurídico de los Acuerdos y Pactos concertados en el seno de las Mesas de Negociación.

Curiosamente aquí la Ley del Estatuto Marco no adjetiva el tipo de mesa de negociación en las que tales Pactos y Acuerdos pueden concertarse. La explicación es bien simple y no es otra que admitir, como también lo hace la Ley 9/1987, que determinados Acuerdos o Pactos que afecten a todos los trabajadores públicos de una Comunidad Autónoma (funcionarios y estatutarios) se negocien en la Mesa General de la Función Pública y no en la Sectorial de Sanidad.

El apartado 2 del artículo 80 enuncia las materias que deben ser objeto de negociación, relacionándose al efecto una lista meramente enunciativa y no taxativa, ya que el apartado k) contiene un "cajón de sastre" que impone la negociación "*en general, a cuantas materias afecten a las condiciones de trabajo y al ámbito de relaciones del personal estatutario y sus Organizaciones Sindicales con la Administración Pública o el Servicio de Salud*".

No obstante lo anterior, las materias descritas en el apartado 2, son básicamente reproducción de las descritas en el artículo 32 de la Ley 9/1987, si bien la LEM ha tenido en cuenta algunas figuras propias del régimen estatutario, como puede ser la negociación de los "*sistemas de carrera profesional*".

Al igual que establece el artículo 34.1 de la Ley 9/1987, el apartado 4 del artículo 80 de la LEM señala que están excluidas de la obligación de negociar las decisiones de la Administración o del Servicio de Salud que afecten a su potestad de organización. Sin embargo, cuando el ejercicio de esta potestad repercuta en las condiciones de trabajo del personal estatutario, procederá la consulta con las Organizaciones Sindicales.

Termina el texto articulado de la Ley del Estatuto Marco con el apartado 5 del artículo 80, que contiene una cláusula de carácter residual ya que dispone que corresponde al Gobierno o a los Consejos de Gobierno de las Comunidades Autónomas establecer directamente las condiciones de trabajo del personal estatutario cuando:

1. Los Acuerdos alcanzados en las Mesas de Negociación no sean aprobados expresa y formalmente por el órgano de gobierno que sea competente por razón de la materia.

2. Cuando en la Mesa de Negociación, no se llegue a ningún acuerdo.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Como ya señalamos al inicio de este comentario, la LEM cuenta con varias Disposiciones, de las cuales, catorce, son Adicionales.

Gran parte de estas Disposiciones Adicionales han sido comentadas con ocasión del artículo al que necesariamente van unidas, sin embargo, existen dos, concretamente la D.A. 5ª y la D.A. 6ª, sobre las cuales aún no hemos hecho comentario alguno.

- **Disposición Adicional Quinta. Integraciones del Personal.**

Con el ánimo de homogeneizar las relaciones de empleo del personal de los centros, instituciones o servicios de salud, se autoriza a las Administraciones Sanitarias para que:

- regulen procedimientos para integrar, de forma directa y voluntaria, en la condición de personal estatutario a los funcionarios y trabajadores laborales fijos que presten servicios en los mismos,

- regulen procedimientos para integrar, de forma directa, en la condición de personal estatutario temporal a los funcionarios interinos y trabajadores laborales temporales que presten servicios en los mismos.

- **Disposición Adicional Sexta. Relaciones del régimen estatutario con otros regímenes de personal de las Administraciones Públicas.**

Para conseguir una mejor utilización de los recursos humanos, se autoriza a las Administraciones Públicas para que, en su ámbito correspondiente, establezcan los supuestos, efectos y condiciones en que el personal estatutario de los Servicios de Salud puedan prestar indistintamente sus servicios en ámbitos de aplicación de otros Estatutos de personal del sector público.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Existen un total de siete Disposiciones Transitorias, muchas de la cuales también se han comentado. Por ello, ahora nos limitamos a aquéllas que aún no se han analizado:

- **Disposición Transitoria quinta. Convocatorias en tramitación.**

Esta Disposición se refiere a los procedimientos extraordinarios de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario amparados en la Ley 16/2001, de 21 de noviembre, del proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud. Y al respecto se señala que la entrada en vigor de la LEM no les afectará, continuando su tramitación de conformidad con lo establecido en las normas por las que se convocaron.

- **Disposición Transitoria sexta. Aplicación paulatina de esta Ley.**

La Disposición Transitoria Sexta se divide en dos grandes apartados. El primero que se refiere a la vigencia transitoria de determinadas materias que se contienen en normas que se derogan en el momento de la entrada en vigor de la LEM, y el segundo, referido a la aplicación progresiva del límite de ciento cincuenta horas que el artículo 49 impone cuando regula el régimen de jornada especial.

El apartado primero lo analizaremos conjuntamente con la Disposición Derogatoria Única, ya que su correcta interpretación debe de hacerse a la luz de lo previsto en esta Disposición.

El apartado segundo lo hemos comentado con ocasión del régimen de jornada especial de trabajo (artículo 49), por lo que nos remitimos a lo que ahí expusimos.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Como hemos señalado arriba, las previsiones contenidas en la Disposición Derogatoria Única deben analizarse conjuntamente con las previstas en el primer apartado de la Disposición Transitoria Sexta de la LEM.

De esta forma, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. La entrada en vigor de la LEM supondrá la derogación o la no aplicabilidad al personal estatutario de los Servicios de Salud de todas aquellas disposiciones que se opongan o contradigan a lo dispuesto en la LEM (D.D. única 1).

2. La entrada en vigor de la LEM no supondrá la derogación o modificación de los Pactos y Acuerdos vigentes en aquellos aspectos que no se opongan o

contradigan a lo establecido en la misma (D.D. única 2).

3. Se declaran expresamente derogadas:

   - El apartado 1 del artículo 84 de la LGS.(D.D. única 1.a)).

   - El Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del INSALUD, y las disposiciones y acuerdos que lo complementan y desarrollan. (D.D. única 1.b)).

     Sin embargo, las previsiones del R.D-Ley 3/1987, dedicadas a las retribuciones variables, se mantendrán vigentes en cada Servicio de Salud y sin carácter básico, en tanto cada Comunidad Autónoma regula las retribuciones complementarias del personal estatutario del correspondiente Servicio de Salud (D.T. 6ª 1.a)).

   - La Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y Provisión de Plazas del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (D.D. única 1.c)).

   - El Real Decreto-Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. (D.D. única 1.d)).

     No obstante, el citado R.D-Ley se mantendrá vigente, con rango reglamentario y no básico, en tanto en los servicios de salud en los que resulta de aplicación, no proceden a su modificación. (D.T. 6ª .1.c)).

     Aunque la LEM no lo dice, entendemos que los Decretos de Selección y Provisión de plazas básicas de personal estatutario que eventualmente pueden haber dictado los distintos Servicios de Salud en desarrollo de la Ley 30/1999, se mantendrán en vigor en tanto no contradigan lo dispuesto en la LEM y mientras el correspondiente Servicio de Salud procede, en su caso, a dictar una nueva norma.

   - El Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social aprobado por Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, y las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan. (D.D. única 1.e)).

     No obstante, las disposiciones que dicho Estatuto contiene relativas a las categorías profesionales y a las funciones de las mismas, se mantendrán vigentes en tanto el correspondiente Servicio de Salud procede a su regulación. (D.T. 6ª. 1.b)).

     También se mantendrán vigentes las prestaciones de carácter social que prevé, si bien exclusivamente respecto a quienes ostenten derechos

subjetivos ya adquiridos a tales prestaciones en el momento de entrada en vigor de la LEM. (D.T. 6ª.1.d)).

- El Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social aprobado por Orden de 26 de abril de 1973, y las disposiciones que lo modifican y complementan. (D.D. única 1.f)).

  Asimismo, las disposiciones que el EPSNF contiene relativas a las categorías profesionales y a las funciones de las mismas, se mantendrán vigentes en tanto el correspondiente Servicio de Salud procede a su regulación. (D.T. 6ª. 1.b)).

  También se mantendrán vigentes las prestaciones de carácter social que prevé, si bien exclusivamente respecto a quienes ostenten derechos subjetivos ya adquiridos a tales prestaciones en el momento de entrada en vigor de la LEM. (D.T. 6ª.1.d)).

  No obstante lo anterior, las prestaciones de carácter social prevista en el artículo 151 del citado Estatuto se mantendrá vigente a pesar de la entrada en vigor de la LEM (D.D. única 1.f)).

  Así pues, el complemento de pensión será aplicable no sólo para quienes ya lo estén cobrando en el momento de entrada en vigor de la LEM, sino también para aquellos que se jubilen voluntaria o forzosamente una vez haya entrado en vigor la citada Ley y cumplan con los requisitos que el artículo 151 exige.

- El Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social aprobado por Orden de 5 de julio de 1971, y las disposiciones que lo modifican y desarrollan. (D.D. única 1.g)).

  No obstante, las disposiciones que dicho Estatuto contiene relativas a las categorías profesionales y a las funciones de las mismas, se mantendrán vigentes en tanto el correspondiente Servicio de Salud procede a su regulación. (D.T. 6ª. 1.b)).

  También se mantendrán vigentes las prestaciones de carácter social que prevé, si bien exclusivamente respecto a quienes ostenten derechos subjetivos ya adquiridos a tales prestaciones en el momento de entrada en vigor de la LEM. (D.T. 6ª.1.d)).

DISPOSICIONES FINALES

Concluye la LEM con las Disposiciones Finales, concretamente tres; la primera referida al ámbito competencial, esto es, a aquellos preceptos constitucionales que dotan al poder legislativo estatal para dictar esta Ley que, como ya hemos dicho, tiene el rango de norma básica en su totalidad.

Con el ánimo de salvaguardar el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud, la Disposición Final segunda exige que un órgano colegiado interministerial informe preceptivamente sobre aquellos asuntos que se deriven de la aplicación de la LEM.

El citado informe habrá de presentarse ante el CISNS y ante el Ministerio de Hacienda que está obligado a trasladarlo al Consejo de Política Fiscal y Financiera que, después de su análisis, propondrá, en su caso, las medidas necesarias para garantizar el equilibrio financiero del SNS.

Finaliza la LEM con la Disposición Final tercera, referida al momento en que entrará en vigor y que, según se desprende de la misma, es el día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, concretamente, el 18 de diciembre de 2003.

2 VALORACIÓN SINDICAL

• INTRODUCCIÓN

El Estatuto Marco es una norma con rango de Ley que tiene una clara vocación de permanencia en el tiempo ya que está llamada a regular, entre otras cuestiones importantes, los principios básicos, derechos, deberes y bases del régimen jurídico del personal estatutario que preste servicios en los distintos Servicios de Salud que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS), estando destinada, de este modo, a garantizar un marco homogéneo de relaciones laborales para estos trabajadores.

El artículo 149.1.16 de la Constitución Española, atribuye al Estado la función de coordinar, armonizar, homogeneizar y dotar de equidad a la Sanidad Pública en todo el territorio.

A tal fin se debían promulgar una serie de normas capaces de establecer los principios básicos y criterios que confiriesen al SNS de unas características generales y normas de obligado cumplimiento por parte de las CC.AA., pero que a su vez respetasen plenamente las competencias sanitarias asumidas por éstas, ya que son las responsables últimas de la gestión de la Sanidad Pública en su respectivo ámbito territorial.

Con este objetivo el Gobierno de la Nación ha promulgado la Ley de Cohesión y Calidad y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que son motivo de comentario en otro capítulo de este libro y que están dirigidas hacia los ciudadanos y profesionales respectivamente. Con idéntico objetivo ha promulgado la Ley de Estatuto Marco que está expresamente destinada al personal estatutario del SNS. Estas normas se configuran pues, como una vía adecuada para contribuir al funcionamiento coordinado y homogéneo del SNS en sus aspectos básicos, evitando la fragmentación del mismo en meros Servicios de Salud autonómicos sin ninguna conexión entre sí.

Sin embargo, y con carácter general, la principal crítica que ha de hacerse a estas normas es precisamente la tardanza en su promulgación, que a nuestro entender debió haberse producido antes de que se completase el proceso de transferencias sanitarias, ya que esto era una premisa elemental para que la normativa eventualmente desarrollada por las distintas Administraciones Sanitarias autonómicas fuera ajustada y conforme a derecho con la normativa básica del Estado y para que las CC.AA., antes de consensuar en el Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) el nuevo Acuerdo de Financiación Autonómica Sanitaria que entró en vigor el año 2002 en sustitución del anterior firmado en el año 1997, conocieran, con datos reales, el coste que iba a suponer para su Hacienda la asunción de estas nuevas competencias y la efectividad del desarrollo de la normativa básica estatal.

Centrándonos ya en la Ley de Estatuto Marco, hay que destacar que ésta viene a realizar un papel muy importante en aras a garantizar la armonía y un espacio común para todos los profesionales y trabajadores del SNS, estableciendo al efecto las bases comunes que han de regir su relación de trabajo.

Este objetivo, compartido de manera general por todas las partes implicadas -Administración e interlocutores sociales-, se ha visto condicionado por las diferentes posturas políticas mantenidas desde la propia Administración y por algunos sindicatos. Todo ello ha influido de manera decisiva no sólo en la propuesta presentada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en enero de 2002, sino en toda la negociación y tramitación parlamentaria posterior, al tenerse que equilibrar un texto que fuese capaz de ser asumido por todos y, fundamentalmente, que tuviese muy en cuenta la susceptibilidad de las CC.AA. a una posible "intromisión" de esta Ley en las competencias que en materia sanitaria reconocen sus respectivos Estatutos de Autonomía.

Esta realidad sanitaria y política, en cierta manera, también ha condicionado la propuesta sindical conjunta que, como veremos más adelante, presentamos varios sindicatos como alternativa de negociación al texto propuesto por el Ministerio de Sanidad, y en la que formulábamos propuestas razonables y asumibles por las Administraciones, sin por ello dejar de plantear y reivindicar cuestiones que mejoraban las condiciones de trabajo y las expectativas de los profesionales y trabajadores del SNS.

Las vicisitudes que a grandes rasgos se han señalado, no son más que una prueba de la máxima importancia que adquiere esta Ley para las Administraciones, los profesionales y por supuesto para una organización sindical como SATSE que, consciente de la trascendencia de esta norma, se ha volcado decididamente en esta negociación huyendo de las posturas cómodas y fáciles de otras organizaciones sindicales.

• TRAYECTORIA Y ANTECEDENTES DE LA LEY DEL ESTATUTO MARCO

Resulta conveniente, antes de entrar a analizar desde el punto de vista sindical esta norma, que, siquiera brevemente, recordemos los momentos más destacados de lo que ha sido una larguísima historia de intentos frustrados para sacar adelante esta Ley.

Para ello debemos recordar que el articulo 84 de la Ley General de Sanidad de 1986, además de establecer las materias que debe contener el Estatuto Marco, habilitó al Gobierno para su desarrollo, produciéndose la primera propuesta de texto articulado de esta ley en 1988, borrador sobre el cual no se produjo negociación alguna por el rechazo que el mismo provocó entre los trabajadores, liderando SATSE unas movilizaciones que hicieron que el propio Ministerio retirase su propuesta.

En 1991, con la aparición del llamado Informe Abril, encargado por el Gobierno a una Comisión experta en el ámbito sanitario, y que planteaba diferentes propuestas para la reforma del SNS, se volvió a explicitar la intención del Ministerio de Sanidad de elaborar un Estatuto Marco que, esta vez, además, incluía la intención de abandonar la vinculación mayoritariamente estatutaria del personal del SNS apostando por la vinculación de carácter laboral (sujeta exclusivamente al Estatuto de los Trabajadores y perdiendo así el carácter funcionarial especial que tiene el personal estatutario). Esto nuevamente produjo tal rechazo que obligó a una nueva paralización del Estatuto Marco.

En 1998 se presentó el anteproyecto del Estatuto Básico de la Función Pública, cuya Disposición Adicional Séptima contemplaba la necesidad de redactar un Estatuto Marco para el personal estatutario de la Seguridad Social. Esto provocó que en mayo de 1998 y de forma simultánea a la negociación del Estatuto Básico de la Función Pública, el Consejo Interterritorial del SNS presentara un anteproyecto de Ley de Estatuto Marco. La aparente e inminente aprobación del Estatuto Básico de la Función Pública aceleró la negociación de dicho borrador de Estatuto Marco.

El 1 de diciembre de 1998, el Tribunal Supremo dictó sentencia declarando la nulidad de pleno derecho del Real Decreto 118/1991 de selección y provisión de plazas del personal estatutario de la Seguridad Social. Los esfuerzos negociadores se volcaron entonces en la redacción de una nueva norma que cubriera el vacío normativo creado por la desaparición del R.D.118/1991, promulgándose en consecuencia la Ley 30/1999 que, en su Disposición Final 1º, habilitó al Gobierno para que en un plazo de seis meses presentara un texto de Estatuto Marco al Parlamento. Esto reavivó nuevamente la negociación del Estatuto Marco que, sin embargo, en octubre de 1999 se abandonó por parte del Gobierno.

Durante el primer semestre de 2001, el Ministerio de Sanidad retomó la intención de establecer un marco homogéneo de relaciones laborales para los trabajadores del sector sanitario público. En esta ocasión, y ante el fracaso de anteriores negociaciones, la propuesta del Ministerio fue menos ambiciosa, limitándose a proponer el establecimiento de unos principios básicos en materia de política de personal del SNS.

En la elaboración y consenso de estos principios participó activamente SATSE, sirviendo éstos de base para que el Ministerio diese un paso más, proponiendo el índice detallado de lo que, a su entender, debería ser el articulado de una futura propuesta de Estatuto Marco.

Aprovechando la anterior circunstancia, en septiembre de 2001, el Congreso de los Diputados aprobó una enmienda de Coalición Canaria instando al Gobierno para que en el plazo de seis meses presentara un proyecto de Ley de Estatuto Marco.

Finalmente en enero de 2002, el Ministerio de Sanidad presenta un nuevo anteproyecto de Ley de Estatuto Marco Básico que es consecuencia directa de los distin-

tos pasos que se dieron durante el año 2001. Este texto es estudiado por SATSE formulando en marzo una propuesta sindical de texto alternativo junto con los sindicatos CCOO y CSI-CSIF.

A lo largo de ese año se mantienen numerosas reuniones entre los sindicatos señalados y reuniones conjuntas con el Ministerio de Sanidad que desembocan en el mes de noviembre en un texto consensuado en gran parte por estos sindicatos y el Ministerio, el cual sirve de punto de partida para las negociaciones con las CC.AA. previas al inicio de la tramitación parlamentaria.

• POSTURA DE SATSE

Antes de entrar a valorar la ultima propuesta del Ministerio sobre el Estatuto Marco, resulta necesario detenernos a comentar de manera general y breve cuál ha sido la postura de SATSE sobre la necesidad o no de un Estatuto Marco y ante las distintas propuestas y borradores que, precediendo a la última propuesta ministerial, han sido señalados anteriormente.

SATSE permanentemente ha mantenido como reivindicación, que se convirtió en "histórica", el que se superase una normativa, el Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo y los demás estatutos vigentes, que eran preconstitucionales y que por tanto recogían aspectos ya superados por una sociedad democrática y por una profesión como la Enfermería destinada a asumir, también en los textos legales y normativos, un rol principal y autónomo en el ámbito sanitario y social.

Además existía una dispersión normativa muy importante que requería el establecimiento de una base común que permitiese el desarrollo de diferentes normativas a nivel estatal y autonómico. Asumiendo claramente estos objetivos, el Sindicato de Enfermería reivindicó la promulgación del Estatuto Marco, e incorporó esta reivindicación en sus programas electorales, además de poner en funcionamiento todos los medios a nuestro alcance para impulsar su promulgación.

La postura básica de SATSE frente al Estatuto Marco ha sido siempre la de participar en su negociación, y ello porque entendemos que es una oportunidad para conseguir mejoras para los profesionales y porque la negociación es el canal más adecuado para conseguir que una norma de esta envergadura garantice los derechos de los profesionales. Además resultaría una dejación de nuestras responsabilidades el no participar en una negociación de tal trascendencia para los profesionales de enfermería.

Es en este punto donde conviene advertir que, dado el rango de Ley que tiene el Estatuto Marco, el titular del Departamento Ministerial competente (en este caso la Ministra de Sanidad y Consumo), no está obligado a negociar el texto del Anteproyecto de Ley que será sometido al Consejo de Ministros para su aprobación

como Proyecto de Ley. Ello no obstante, la necesidad de un consenso político y sindical ante una norma de las características de la Ley de Estatuto Marco, motivó que fuera negociado al detalle con algunas de las organizaciones sindicales más representativas del sector sanitario, y donde SATSE jugó un papel fundamental.

Las premisas fundamentales que SATSE ha mantenido en todo momento ante los distintos borradores o propuestas de Estatuto Marco han sido:

— Que se preservase la idea de un Sistema Sanitario Publico único, conformado por los distintos Servicios de Salud autonómicos, en el que se sentasen las bases de un marco laboral común para todos los profesionales y trabajadores del mismo.

— Que se garantizase el régimen estatutario como vínculo laboral para los profesionales del SNS.

— Que el sistema de clasificación profesional fuese acorde con las tendencias de la Comunidad Europea, distinguiendo los distintos grupos profesionales en función de su titulación.

— Que se regulase la jornada laboral y el tiempo de trabajo de conformidad con las Directivas Europeas.

— Que se sentaran las bases de un sistema retributivo común.

— Que los sistemas de selección y provisión de plazas respondieran a los principios de igualdad, mérito y capacidad y que se tendiese a la periodicidad de las convocatorias.

— Que se fomentase la dotación adecuada de plantillas y la creación de empleo.

— Que se garantizase la libre circulación de los profesionales por todo el SNS.

— Que se reconociese el derecho a la carrera profesional para los profesionales y se sentaran las bases de la misma, incluida su repercusión económica así como su reconocimiento en todos los Servicios de Salud.

— Que se reconociese expresamente el derecho a la negociación colectiva, representación y participación de los trabajadores, consolidando las Mesas Sectoriales de Sanidad como ámbito de negociación propio del personal estatutario.

— Que se crease un ámbito conjunto de dialogo y negociación para todo el SNS, como mecanismo que favorezca la coordinación y la cohesión en las condiciones de trabajo y política de personal, en el que estén representados el

Ministerio de Sanidad, las CCAA y las Organizaciones Sindicales representativas del sector.

— Que el régimen disciplinario fuese único en todo el Sistema Sanitario para evitar arbitrariedades.

— Que la formación continua de los profesionales se configurara como un derecho de los mismos y una obligación de las Administraciones.

— Que se mantuviesen las garantías y derechos del personal estatutario en materia de jubilación y otros aspectos (art. 151 EPSNF).

Sin embargo, frente a éstas y otras premisas defendidas en todo momento por SATSE, los borradores y propuestas anteriores de la Administración han recogido cuestiones absolutamente inasumibles para SATSE que han sido rechazadas y finalmente descartadas, tales como:

— La laboralización del sector.

— La movilidad geográfica sin ninguna garantía.

— La movilidad funcional a categorías inferiores, como sanción encubierta.

— La absoluta descentralización de las ofertas de empleo, tanto empleo fijo como temporal, llegando a posibilitarse que todas estas convocatorias fuesen realizadas incluso desde los propios Centros o Gerencias.

— El periodo de prácticas para, entre otros, el personal ATS/DE.

— El periodo de prueba indefinido.

— La revocación del nombramiento si no se superaba la reválida que se pretendía imponer mediante un sistema de acreditación permanente y obligatorio para todos los profesionales.

— La jubilación obligatoria a los 65 años, aun cuando no se tuviera el tiempo necesario de cotización para el acceso a una pensión digna.

— La no inclusión de la carrera profesional.

— La jornada laboral de 40 horas.

• LA NEGOCIACIÓN ACTUAL

Finalmente, y tras los distintos avatares ya señalados, en enero de 2002, el Ministerio de Sanidad presentó formalmente una propuesta de anteproyecto de Ley de Estatuto Marco, que propicio que SATSE se reafirmara en su decidida voluntad de participar en la negociación, como única forma de garantizar que las premisas y cuestiones irrenunciables para nuestra profesión fuesen defendidas. De esta forma aprovechamos la oportunidad de influir en una norma que marcará el futuro de los profesionales del SNS en las próximas décadas.

Ha sido una negociación muy compleja por el elevado número de Administraciones (estatales y autonómicas) implicadas (Ministerios y Consejerías de Sanidad, de Administraciones Públicas, y de Economía y Hacienda), lo que ha supuesto un obstáculo más para las reivindicaciones de los sindicatos que hemos participado directamente en la negociación.

Mantener en todo momento una postura responsable y abierta al dialogo por parte de SATSE ha sido también utilizado por algunas organizaciones que optaron por la crítica fácil autoexcluyéndose además del proceso de negociación, que se prolongó a lo largo de todo el año 2002 y hasta que en mayo de 2003 se aprobó por el Consejo de Ministros la remisión a las Cortes del Proyecto de Ley.

Para complicar aún más el escenario en el que se produce esta negociación, conviene destacar que se inició en el mismo momento en el que se culminó el proceso de transferencias sanitarias a las CC.AA, lo que provocó que éstas se encontrasen con el obstáculo añadido de tener que asumir la incorporación de un volumen importantísimo de personal con una normativa obsoleta en muchas cuestiones.

Para favorecer la negociación, y teniendo en cuenta que la defensa de los derechos e intereses de los profesionales ante una norma de esta trascendencia se realiza con más garantías desde la unidad, SATSE impulsó una propuesta conjunta de negociación con los principales sindicatos del sector sanitario y en la que finalmente optaron por no participar los Sindicatos SAE y UGT.

Esta unidad de acción en la negociación del proyecto de Ley de Estatuto Marco se concretó en una Propuesta Conjunta de SATSE, CCOO y CSI-CSIF plasmada en un texto alternativo que fue presentado formalmente el 3 de abril de 2002 al Ministerio de Sanidad y a las Consejerías de Sanidad de las CCAA, con la intención de evitar que la voluntad política de promulgar definitivamente el Estatuto Marco, manifestada por el Ministerio de Sanidad y favorecida por la coyuntura sanitaria del momento, se viese truncada como tantas veces había sucedido en el pasado.

• ANÁLISIS GENERAL DE LA PROPUESTA DE ESTATUTO MARCO PRESENTADA POR EL MINISTERIO DE SANIDAD EN ENERO DE 2002

A pesar de que gran parte de las cuestiones irrenunciables que SATSE había defendido en borradores anteriores fueron asumidas por el Ministerio de Sanidad en su última propuesta de Estatuto Marco, lo cierto es que todavía existían muchas cuestiones sobre las que el Sindicato formuló críticas y propuso alternativas.

Como valoración general, la propuesta del Ministerio no parecía cumplir su objetivo primordial, ya que su contenido era demasiado genérico propiciando así que se dictasen normas por parte de las CCAA que ahondaran en el establecimiento de condiciones de trabajo sustancialmente diferentes entre sí, lo que ponía en duda la existencia de una auténtica voluntad coordinadora y armonizadora de la política del personal del SNS.

Entrando en un análisis más pormenorizado, las críticas de SATSE al borrador se centraron principalmente en:

— Principios, derechos y deberes del personal del SNS:

- no obligaba a la realización de la formación continuada de los profesionales, con la consecuencia de que ésta se dejaba al arbitrio de las posibilidades presupuestarias de cada Servicio Autonómico de Salud,

- a pesar de que se reconocía a los trabajadores el derecho a ser informados sobre las funciones, tareas y cometidos, el ejercicio efectivo de esta facultad se condicionaba a la creación de determinados órganos mediante una norma con rango de reglamento,

- no se reconocía el derecho a la promoción y la protección de la salud en el trabajo, así como a la creación de órganos específicos para la prevención de riesgos laborales

- no se hacía ninguna mención para salvaguardar las ayudas por acción social que el personal estatutario podía estar percibiendo a la entrada en vigor de la Ley.

— Clasificación y ordenación de los Recursos Humanos:

- no se apostaba por una clasificación y ordenación de los RR.HH. actualizada y acorde con las tendencias de la Unión Europea.

— Adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo:

- la jubilación voluntaria y anticipada se condicionaba exclusivamente a la previa existencia de Planes de Ordenación de RR.HH.,

- no se reconocía al personal la posibilidad de jubilarse parcialmente,

- se mantenía el término "Invalidez", cuando desde el año 1997 esta contingencia ha pasado a denominarse "Incapacidad Permanente".

— Provisión de plazas, selección y promoción interna:

- se ignoraba la participación de las organizaciones sindicales en los procesos de selección y provisión de plazas,

- no se exigía la identificación ni las características de las plazas convocadas,

- no se exigía la motivación cuando la Administración revocase nombramientos de personal temporal por no haber superado el periodo de prueba,

- se permitía formar parte de los tribunales de selección a personal de Administraciones Públicas ajenas a la sanitaria e incluso a personal procedente del Sector Privado.

— Movilidad:

- la movilidad por razón de servicio no se consideraba como una circunstancia excepcional, ni era necesaria una motivación que la justificara,

- no había ningún tipo de garantía para los trabajadores afectados por un Plan de Ordenación de Recursos Humanos,

- no se permitía la participación de los sindicatos en los procesos de movilidad forzosa.

— Carrera Profesional:

- no existía participación sindical en la determinación del modelo de carrera profesional.

- se ignoraban los aspectos a valorar para acceder y promocionarse dentro de la carrera profesional.

- no se garantizaba una carrera profesional homologable en todo el SNS.

— Sistema Retributivo:

- sólo se fijaba un modelo común para todo el Sistema respecto a las retribuciones de carácter básico,

- en cuanto a las retribuciones complementarias fijas y variables, no se detallaban qué complementos las conformaban,

- no se reconocía un concepto específico para retribuir la carrera profesional.

— Tiempo de trabajo:

- en la ordenación del tiempo de trabajo no se respetaban las previsiones contenidas en las correspondientes Directivas Comunitarias,

- el tiempo empleado en el desplazamiento no se computaba como tiempo de trabajo,

- se reducía la franja horaria al efecto de calificar la jornada como nocturna,

- se autorizaba la realización ilimitada de jornadas individualizadas superiores a la suma de la jornada ordinaria y complementaria de trabajo,

- no se regulaban los descansos mínimos obligatorios o alternativos entre jornadas, ni el descanso mínimo obligatorio semanal,

- en materia de vacaciones, licencias y permisos, la regulación también era prácticamente inexistente, y en todo caso su disfrute se condicionaba a la función asistencial y la adecuada organización de los servicios,

- no se preveía ningún tipo de compensación para los trabajadores en régimen de guardia localizada.

— Situaciones de Personal:

- predominaba la falta de rigor en la regulación particularizada de cada una de las situaciones del personal,

- las situaciones de excedencia voluntaria incentivada y expectativa de destino se confundían entre sí,

- no había un límite temporal para los supuestos de excedencia forzosa derivada de la situación de expectativa de destino,

- la excedencia por razones familiares no estaba adaptada a la Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

— Régimen disciplinario:

- no había posibilidad de ser asistido por los representantes sindicales durante la tramitación del expediente disciplinario,

- los plazos para la prescripción de las faltas eran excesivamente amplios,

- sólo garantizaba la audiencia al interesado en el caso de comisión de faltas leves.

— Representación, participación y negociación colectiva:

- en el texto no se fijaban de forma clara los criterios generales y rectores del derecho de representación, participación y negociación colectiva del personal estatutario,

- se configuró un Foro Marco para el Diálogo Social como órgano para el diálogo y no para la negociación, es decir puramente simbólico,

- se obviaba la presencia de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en el Foro Marco,

- no se establecía la periodicidad mínima anual de reuniones del Foro Marco para el Diálogo Social.

— Planificación de los Recursos Humanos:

- ignoraba que el principal objetivo de los Planes de Ordenación de los RR.HH. es propugnar la estabilidad y la correcta dimensión de las plantillas,

- se ignoraba la participación del Foro Marco para el Diálogo Social en los planes de ordenación de los RR.HH. del SNS.

— Cooperación y colaboración de las administraciones públicas en materia de personal:

- no se potenciaba la actuación del Foro Marco para el Diálogo Social como órgano que contribuye a dotar de cohesión al SNS.

Finalmente, el proyecto de Ley no hacía referencia a aspectos tan importantes como:

- el establecimiento de cualquier posibilidad para hacer efectiva la jubilación voluntaria e incentivada del personal estatutario,
- el respeto al derecho histórico foral de Navarra,
- la situación del personal estatutario de Cupo y Zona,
- la situación del personal con plaza en Centros Asistenciales del Instituto Social de la Marina.

• VALORACIÓN SINDICAL DE LA LEY DE ESTATUTO MARCO

El objetivo de la valoración que a continuación se realiza es plasmar, de una manera general, la opinión que el texto definitivo de esta Ley merece al Sindicato de Enfermeria.

Con esta finalidad hemos agrupado los comentarios siguiendo la estructura de la propia Ley, y nos hemos centrado, fundamentalmente, en aquellas cuestiones que consideramos requieren que se defina la opinión de SATSE o resultan de mayor interés para los profesionales.

CAPÍTULO I. Normas Generales.

En este Capítulo se reconoce, sin lugar a dudas, el carácter funcionarial especial de la vinculación estatutaria, con lo que se zanja definitivamente el riesgo de la laboralización del personal del Sector, cuestión esta última que, como ya hemos tenido la ocasión de apuntar, ha sido rechazada de manera tajante por SATSE en todas las negociaciones anteriores.

Asimismo en el artículo 1 se incluye, también a propuesta de SATSE, una mención a que los Servicios de Salud autonómicos "conforman el Sistema Nacional de Salud", reforzándose con ello el carácter público y único del Sistema Nacional de Salud.

Otra reivindicación mantenida por SATSE durante la negociación se refería a la posibilidad de que el Estatuto Marco fuera también aplicable al personal sanitario con vinculación funcionarial o laboral y que desarrollara sus servicios en Centros o Instituciones del SNS. Aunque con algunas salvedades, nuestra reivindicación ha sido asumida en el artículo 2.3, según el cual, la Ley de Estatuto Marco puede aplicarse al citado personal cuando así lo prevea la normativa que le es aplicable.

Sin embargo, SATSE mantiene una discrepancia importante respecto al artículo 3 que prevé la posibilidad, sin límite en cuanto a su número, de que las CC.AA. aprueben Estatutos propios, con lo que se corre el riesgo de que se acrecienten las diferencias entre el personal estatutario de los diferentes Servicios de Salud en aspectos básicos regulados por el Estatuto Marco y sobre los cuales cabe una amplia posibilidad de desarrollo por parte de las CC.AA.

Además, entendemos que esta posibilidad va en contra de la principal razón de ser del Estatuto Marco que no es otra que establecer un marco homogéneo y común en los principales aspectos que definen al personal estatutario del SNS.

No obstante, y para aquellas CC.AA. que pretendan hacer efectiva la previsión del artículo 3, los eventuales Estatutos que en su día dicten deberán ir precedidos de la preceptiva "*...negociación en las Mesas correspondientes...*", lo que aporta una cierta garantía para salvaguardar la homogeneidad que debe presidir el Sistema.

Entre los diversos principios y criterios de ordenación del régimen estatutario que se enumeran con carácter general en el artículo 4 destaca el indicado en el apartado f), mediante el cual se fija, como criterio inspirador del régimen estatutario, la necesidad de que los RR.HH. de los servicios de salud se planifiquen de manera suficiente, señalándose además que las convocatorias de las ofertas de empleo deben programarse de forma periódica, cuestión ésta que los sindicatos siempre hemos reivindicado.

Siguiendo en el mismo artículo, también merece una mención expresa su apartado k), que reconoce el derecho del personal estatutario a la negociación colectiva que se hará efectiva a través de las organizaciones sindicales; la postura de SATSE ante esta importante cuestión se manifestará cuando se analice el Capítulo XIV de la Ley que está íntegramente dedicado a regular el derecho a la negociación colectiva del personal estatutario del SNS.

CAPÍTULO II. Clasificación del personal estatutario.

El aspecto más destacable de este Capítulo es el hecho de que durante la negociación se logró modificar la clasificación propuesta por el Ministerio que no aportaba ninguna novedad ya que se limitaba a reproducir la clasificación del personal hasta el momento existente, lo que en la práctica se traducía en la perpetuación de conceptos ya obsoletos y superados, como la diferenciación entre personal facultativo y no facultativo.

Sobre esta última cuestión SATSE, ante la negativa de la Administración para admitir que el término "facultativo" englobase también al personal de enfermería, defendió en todo momento la sustitución de dicho término por otro más acorde con la realidad actual como es el de "licenciado", que finalmente ha sido el empleado, desapareciendo del texto legal toda referencia al término "facultativo".

Respecto a la clasificación que se establece en función del nivel académico del título, SATSE apostó por diferenciar claramente el personal universitario del personal de formación profesional, para evitar una posible desvalorización del nivel académico de los profesionales de enfermería en relación con otros trabajadores estatutarios no universitarios. También se ha logrado que, en concordancia con la LOPS, se matice distinguiendo claramente entre profesionales (universitarios) y actividades profesionales sanitarias (formación profesional). A pesar de ello, y por mandato legal, aunque con el rechazo de SATSE, en el art. 6.2. b) -referido al personal de formación profesional- se deja una referencia a "*profesiones*" para dar, en principio, cabida a los titulados de formación profesional (higienistas y protésicos dentales) que obtuvieron la condición de profesionales por la Ley 10/86 sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la Salud Dental.

Igualmente, cuando en la Disposición Transitoria Segunda se establecen las equivalencias entre esta clasificación y la de los Grupos correspondientes a efectos de equiparación retributiva y funcional con el resto de los funcionarios, SATSE rechazó abiertamente e impidió que algunos colectivos de formación profesional se aprovecharan de esta negociación para lograr su reclasificación en un Grupo superior para el que no cuentan con el nivel académico exigido.

También, y a propuesta de SATSE, en la subdivisión que se realiza del personal universitario se introdujo a los Diplomados Sanitarios con título de Especialista en Ciencias de la Salud, para dar cabida diferenciada a los enfermeros especialistas.

En cuanto a la clasificación que se establece atendiendo al tipo del nombramiento, destacamos dos cuestiones respecto al personal estatutario temporal:

1) La prevista en el artículo 9.3, que abre la posibilidad de que, a instancias de los sindicatos, se creen nuevos puestos de trabajo si se demuestra el encadenamiento de contratos eventuales para la cobertura de un mismo puesto. Esta previsión no figuraba en ninguna de las propuestas que el Ministerio presentó y fue por primera vez contemplada en la propuesta conjunta que los sindicatos presentamos ante la Administración Sanitaria en abril de 2002.

2) La anteriormente prevista en el artículo 9.5, que autorizaba a la Administración a cesar al personal temporal en cualquier momento, bastando simplemente para ello que desaparecieran las razones de necesidad o urgencia que habían motivado el nombramiento. Esta previsión fue incluida por el Ministerio de Sanidad y se negó a retirarla a pesar de la oposición frontal de los sindicatos que entendíamos que era una puerta abierta al "cese libre" del personal estatutario temporal. SATSE se mantuvo en esta oposición durante el trámite parlamentario de la Ley consiguiendo finalmente que en la Cámara Alta fuera definitivamente suprimido.

CAPÍTULO III. Planificación y ordenación del personal.

En el artículo 10 se sientan las bases para la cohesión y coordinación de la política de RR.HH. del SNS, principio fundamental defendido por SATSE y que en este Capítulo se concreta y desarrolla, entre otros aspectos, con la creación, en el artículo 11, del Foro Marco para el Dialogo Social, cuya existencia no constaba en la propuesta del Ministerio ni en la voluntad política de las CC.AA., que sistemáticamente han obstaculizado que este Foro cuente con mayores y más importantes funciones. No obstante, hay que destacar la importancia de su creación (reivindicada siempre por SATSE) y su vinculación con la Comisión de RR.HH. del SNS (que a su vez depende del Ministerio de Sanidad y Consumo), a la que prestará apoyo y asesoramiento.

Además, y también como garantía para la cohesión del SNS, el desarrollo de las normas de carácter básico contenidas en el Estatuto Marco que el Ministerio pretenda sacar adelante, deberán negociarse obligatoriamente en un ámbito de negociación especifico que se creará a tal fin, y en cuyo seno estarán los sindicatos más representativos del ámbito sanitario, que también tendrán presencia en el Foro Marco.

Una de las primeras cuestiones que deberán tratarse en este ámbito de negociación será precisamente la regulación del personal con relación laboral especial de residencia, que será publicado posteriormente mediante Real Decreto.

En el artículo 12.1 se apuesta nuevamente por el empleo, tanto en cantidad, al hablar de "*adecuado dimensionamiento*" de plantillas, que para SATSE sólo puede significar el incremento de las mismas, como en calidad, al hablar de "*estabilidad, desarrollo, formación....*" que, en opinión de SATSE, deberá traducirse respectivamente en: menos movilidad no deseada dentro de las plantillas de los centros, carrera profesional y formación adecuada a cargo de la Administración.

Nuevamente, a través del artículo 12.2, se establece la garantía de la convocatoria periódica de procesos de selección y movilidad del personal.

Sin embargo, también debemos destacar algunos aspectos negativos, como la utilización en los apartados 2 y 3 del artículo 12 y en el artículo 13 de términos que podrían favorecer una mala gestión de RR.HH. en la que, mediante los Planes de Ordenación de RR.HH., se pudiese abusar de situaciones que deben ser absolutamente excepcionales como la reasignación de efectivos, movilidad forzosa, reordenaciones funcionales, reclasificaciones profesionales, etc.

En cualquier caso, los planes de ordenación de RR.HH. siempre deberán ser negociados en las Mesas correspondientes, en las que tienen presencia las organizaciones sindicales, lo que aporta una garantía importante para evitar que se produzcan estos posibles abusos.

Respecto a los artículos 14 (ordenación del personal estatutario) y 15 (creación, modificación y supresión de categorías), SATSE siempre ha manifestado su disconformidad con el hecho de que a las CC.AA. se les reconozca capacidad para crear, suprimir o modificar categorías de personal estatutario, ya que entendemos que esta capacidad contradice la clara voluntad de esta Ley, que no es otra que armonizar todos los aspectos posibles del personal estatutario, y la creación homogénea y uniforme de sus categorías resulta un aspecto fundamental para lograrlo.

No obstante lo anterior, y debido a que las CC.AA. gestionan la sanidad pública en su respectivo territorio y no están dispuestas a renunciar ni un ápice en esta capacidad, SATSE defendió, y finalmente consiguió, que el artículo 15 de la Ley establezca una serie de garantías y requisitos para que la creación, supresión y modificación de categorías se haga dentro de unos cauces razonables de homogeneidad que favorezcan la unidad del Sistema y la libre circulación de profesionales por todo el SNS.

En este sentido, la creación, modificación y supresión de las categorías de personal estatutario tendrá que ser previa y obligatoriamente negociada con las organizaciones sindicales en la Mesa correspondiente y se atribuye al Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comisión de RR.HH. del SNS, la obligación de homologar las distintas clases o categorías de personal estatutario creadas por las CC.AA. con carácter previo a cualquier proceso de movilidad voluntaria, garantizándose así la movilidad del personal en términos de igualdad efectiva.

La creación de Registros de Personal de los Servicios de Salud (artículo 16), que serán públicos, aportará numerosos datos que permitirán conocer el número y las características del personal estatutario al servicio del SNS, lo que favorecerá la negociación de la dotación de plantillas que hasta ahora se veía seriamente dificultada por el oscurantismo de las Administraciones Sanitarias implicadas, únicas conocedoras de la verdadera realidad cuantitativa y cualitativa de sus plantillas, al disponer en exclusiva de los datos correspondientes.

CAPÍTULO IV. Derechos y deberes.

Tanto en el artículo 17 (Derechos Individuales) como en el artículo 18 (Derechos Colectivos), se plasma una relación de derechos que no podemos considerar una mera enunciación retórica y sin trascendencia, muy al contrario, el hecho de que se reconozcan un total de 19 derechos diferentes que abarcan diversas materias, deberá ser el referente para mejorar en numerosos aspectos las condiciones laborales de los profesionales y facilitará la labor de los representantes sindicales. No olvidemos que hasta el momento los profesionales no disponíamos de un catalogo de derechos tan completo y exhaustivo en ninguna de las normas que regulaban nuestras condiciones de trabajo.

Aunque todos estos derechos revisten importancia para el Sindicato de Enfermería hay que destacar algunos de ellos por resultar novedosos o porque suponen un avance respecto a la situación actual.

Así podemos citar, entre los derechos individuales, el derecho a la formación continuada que ha sido siempre una reivindicación de nuestro Sindicato y que, a partir de ahora, nos permitirá exigir con más fuerza que esta formación no tenga que hacerse exclusivamente con el esfuerzo económico y personal del profesional ya que, al configurarse como un derecho, se ha convertido a la vez en una "obligación" para los Servicios de Salud el proporcionar esta formación y facilitar a los profesionales el acceso a la misma.

En el apartado d) se refuerza de manera amplia el derecho a la seguridad y salud en el trabajo, que se concreta en aspectos tan importantes como el expreso reconocimiento del derecho de los profesionales a recibir protección eficaz en esta materia, a ser informados sobre los riesgos del centro sanitario y su trabajo habitual y a recibir formación específica en prevención de riesgos laborales. Todo ello supondrá un estímulo para el trabajo que actualmente realizan los Delegados de Prevención y los Comités de Seguridad y Salud.

El apartado h) también supone un avance ya que obligará a la Administración a asumir la responsabilidad de asistir y proteger a sus empleados en el ejercicio de su profesión o desempeño de sus funciones, lo que desde SATSE se considera una oportunidad más para exigir soluciones que atajen problemas crecientes, como el de las agresiones al personal de los centros sanitarios, las demandas relacionadas con la praxis profesional, etc.

En el apartado j) valoramos positivamente que se le reconozca al profesional el derecho a ser informado de aspectos tan importantes como cuáles son sus funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su Unidad, así como los sistemas empleados para evaluar el cumplimiento de los mismos; no obstante esta valoración positiva, desde SATSE consideramos, y así se exigió expresamente, que debería haberse también contemplado el derecho de los trabajadores a "participar" en la determinación de estos aspectos y no sólo el "ser informados".

El apartado l) establece una previsión que abre la posibilidad para conseguir en un futuro un sistema especial de jubilación para el personal de enfermería.

En cuanto a los derechos colectivos (artículo 18), sólo destacar que en su apartado d) se reconoce expresamente el derecho a la negociación colectiva, cuestión irrenunciable para SATSE, y que será fundamental para una correcta articulación del desarrollo normativo del Estatuto Marco que se producirá de manera más o menos inmediata en las CC.AA.

Respecto a los deberes (artículo 19), merece una opinión positiva para SATSE el que en su apartado b) se refuerce el concepto de profesión frente a las actividades o funciones de otras titulaciones no universitarias.

De manera deliberada en el artículo 19 c), y para reforzar el derecho a la formación continuada de los profesionales reconocido en el artículo 17.c), se establece la obligatoriedad de que los profesionales mantengan actualizados sus conocimientos, para lo que los centros facilitarán el acceso a las actividades formativas.

En el apartado h) SATSE ha logrado que se delimite la labor de "informar" a los usuarios que incumbe a cada profesional sanitario, restringiéndolo al ámbito de sus competencias profesionales, evitándose con ello la conflictividad o que determinados colectivos informen a los usuarios o a sus familiares más allá de lo que su titulación y funciones les permite.

Por último se introdujo en el apartado ñ) una reivindicación concreta de SATSE relativa a la necesidad de que los profesionales y demás trabajadores del SNS sean identificados por su nombre y categoría profesional. La inclusión de nuestra propuesta nos permitirá respaldar la reivindicación del uso de un uniforme diferenciado para cada grupo profesional o de trabajadores, cuestión ésta que, por otra parte, ha sido demandada por los profesionales de enfermería pero que sin duda a quién más beneficiará será a los propios usuarios y pacientes que conocerán en todo momento qué profesional los atiende.

CAPÍTULO V. Adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo.

Los artículos 20 a 25 regulan la adquisición de la condición de personal estatutario fijo, al tiempo que unifican para todo el personal estatutario las causas que llevan aparejada la pérdida de esta condición, como son la renuncia a la misma, la pérdida de la nacionalidad que se tuvo en consideración para su adquisición, la sanción disciplinaria y firme de separación del servicio y la pena -también firme- de inhabilitación absoluta o especial para el ejercicio de la profesión; sobre esta última causa destacamos el hecho de que se ha establecido la necesidad de que la pena de inhabilitación especial exceda de 6 años para que lleve aparejada la pérdida de la condición de personal estatutario, descartándose así la propuesta del Ministerio de no establecer ningún límite para perder esta condición, por lo que la redacción actual aporta una garantía para el personal que se pudiera ver afectado.

Respecto a la jubilación, que continúa considerándose como causa de pérdida de la condición de personal estatutario, destacamos y valoramos positivamente que se establezca la jubilación forzosa a los 65 años, sin perjuicio de que el interesado pueda optar por seguir trabajando hasta los 70 años, entendiendo esto último como una ventaja para aquel personal estatutario que pretenda mejorar la cuantía de su

pensión de jubilación, o que no hubiese cotizado a la Seguridad Social el tiempo suficiente para generar el derecho a una pensión contributiva.

En relación con esta circunstancia, hay que mencionar que, en la Disposición Transitoria Séptima de esta Ley, se fija un régimen transitorio de jubilación que permite que el personal que a la fecha de su entrada en vigor -18 de diciembre de 2003- tenga cumplidos los 60 años de edad, pueda prolongar su edad de jubilación hasta alcanzar los 35 años de cotización a la Seguridad Social, sin que sea preceptiva, en este caso, la previa autorización del Servicio de Salud correspondiente.

Se reconoce igualmente el derecho a que el personal estatutario que lo desee, ejerza su opción de jubilarse voluntariamente, de forma total o parcial. Sobre esta cuestión también se ha logrado que se plasme expresamente la posibilidad de que las CC.AA. establezcan y regulen mecanismos que permitan la jubilación del personal estatutario con ventajas e incentivos que deberán negociarse en cada Comunidad Autónoma. En cualquier caso, el artículo 26.4 abre el camino a través del cual se puede hacer realidad la reivindicación de SATSE de conseguir, para el personal de enfermería, un sistema propio de jubilación o una fórmula que nos permita alcanzar la jubilación a edades más tempranas y sin merma retributiva.

Los aspectos hasta ahora citados, contrastan notablemente con la posición mantenida por la Administración (Ministerio y CC.AA.) de prolongar la edad de jubilación con carácter general y para todo el personal estatutario hasta los 70 años (tal y como establecía, por ejemplo, el artículo 138 del EPSNF). Igualmente proponían la existencia de jubilaciones anticipadas forzosas vinculadas necesariamente a Planes de Empleo (como en el sector laboral).

Por último se ha logrado que el artículo 28 regule expresamente la posibilidad de que el personal estatutario recupere esta condición en determinados supuestos, aclarándose igualmente la situación administrativa en la que queda el interesado una vez recupera esta condición.

CAPÍTULO VI. Provisión de plazas, selección y promoción interna.

En este Capítulo básicamente se reproducen las previsiones contenidas en la Ley 30/99 de selección y provisión de plazas. Ello no obstante, señalamos que en las propuestas presentadas por el Ministerio existían algunas cuestiones negativas que finalmente conseguimos eliminar, como el establecimiento del sistema de concurso de manera absolutamente discrecional y sujeto a la única voluntad de la Administración convocante, con el riesgo implícito de que finalmente la mayoría de plazas pudieran ser ocupadas sin cumplir los requisitos de igualdad, mérito y capacidad. También proponía la Administración la posibilidad de que el personal ajeno a las Instituciones Sanitarias Públicas o a la Administración fuera miembro de los

Tribunales de Selección, con lo que se abría la posibilidad de que profesionales del sector privado pudieran formar parte de un tribunal.

Por último, la participación sindical, como mecanismo de control, era prácticamente nula.

Durante la negociación se superaron estos aspectos negativos y otros, de forma que, en virtud de la redacción definitiva de la Ley, se garantiza el pleno respeto a los principios constitucionales antes citados durante todo el proceso de selección y provisión de plazas; se aclara que el sistema de concurso sólo se utilizará en casos absolutamente excepcionales (artículo 31.6); no existe duda alguna de que sólo podrá formar parte del Tribunal calificador el personal vinculado a la Administración (artículo 31.8); y la participación sindical existirá en todo el proceso, fundamentalmente en lo relativo a la negociación del número de plazas a convocar y la periodicidad de las convocatorias, lo que contribuirá a agilizar el acceso al empleo y la movilidad voluntaria del personal estatutario (artículo 29.f).

Otro aspecto positivo y novedoso que queremos destacar en este Capítulo es que con él se favorece que las convocatorias de las ofertas de empleo público sean preferentemente realizadas para la totalidad del ámbito de cada Servicio de Salud. Asimismo, también se contempla la coordinación de aquellas entre los distintos Servicios de Salud autonómicos, lo que contribuye a reforzar la idea defendida siempre por SATSE de un Sistema Nacional de Salud único, en el que se garantice la libre circulación de profesionales.

SATSE también formuló la propuesta de que, en virtud a una normativa o reglamentación acordada por negociación, se permitiese la libre circulación de profesionales no sólo entre plazas estatutarias sino también entre plazas de personal funcionario, y ello en aras a facilitar hasta sus últimas consecuencias esa movilidad voluntaria. A pesar de que esta cuestión fue inicialmente rechazada por el Ministerio y sobre todo por determinadas CC.AA. y grupos políticos, finalmente ha sido recogida por la Ley, concretamente en sus Disposiciones adicionales sexta y duodécima.

También destacar que, en consonancia con la realidad social actual, y a propuesta de los sindicatos, la participación de los profesionales en proyectos de cooperación al desarrollo o ayuda humanitaria en el ámbito de la salud serán reconocidas en los baremos para el acceso a nombramiento de plazas estatutarias (artículo 31.4).

Por último se favorece y se establecen algunas garantías en el procedimiento para acceder a plazas estatutarias por la vía de la promoción interna (artículo 35.1), como es el hecho de que este procedimiento deberá ser siempre negociado.

CAPÍTULO VII. Movilidad del personal.

Dado que la movilidad es una de las materias donde más pueden vulnerarse los derechos y condiciones de trabajo de los profesionales, la premisa fundamental de SATSE durante la negociación ha sido la de garantizar la libre circulación de profesionales por todo el SNS, lo que nos ha obligado a oponernos a propuestas tan negativas como las formuladas y defendidas por las Administraciones Sanitarias Central y Autonómica, algunas de las cuales llegaban a posibilitar la movilidad funcional hacia categorías inferiores -que SATSE interpretó como una sanción encubierta-, a permitir la movilidad forzosa sin ninguna garantía para el personal afectado, a la posibilidad de adscripción forzosa por 1 año fuera del ámbito del nombramiento, etc.

Gracias a la presión que el Sindicato de Enfermería, SATSE, ejerció durante la negociación se ha conseguido que la movilidad forzosa sea un recurso excepcional a utilizar por la Administración, que deberá estar siempre vinculado a un Plan de Ordenación de Recursos Humanos el cual deberá ser previamente negociado en la Mesa correspondiente (artículo 36), a fin de establecer cuantas garantías sean necesarias para aunar la potestad organizativa del correspondiente Servicio de Salud con los derechos de los profesionales.

En cuanto a la movilidad voluntaria (artículo 37), se han introducido algunos aspectos destacables que suponen un avance respecto a la situación hasta ahora existente como es el que los Servicios de Salud deberán comunicar al Ministerio de Sanidad las categorías de personal estatutario existentes en su ámbito, a fin de que el Ministerio, previo informe de la Comisión de RR.HH. del SNS, vinculada al Consejo Interterritorial, proceda a su homologación al objeto de facilitar la movilidad del personal por todo el Sistema. También se establece que los concursos de traslado serán periódicos e incluso se fija un plazo preferente de 2 años para las convocatorias, lo que indirectamente contribuirá a mejorar la situación del empleo en el SNS, reduciendo las tasas de interinidad y, en definitiva, dándole más estabilidad y calidad.

No obstante, y dado que nos encontramos con un SNS totalmente transferido y gestionado por las CC.AA., resulta novedoso y muy positivo que en el artículo 38 se encomiende a la Comisión de RR.HH. del SNS la función de establecer cuantos criterios y principios sean necesarios para hacer efectiva la coordinación y colaboración de las convocatorias de provisión, selección y movilidad que realicen los Servicios de Salud cuando afecten a más de uno de ellos.

CAPÍTULO VIII. Carrera Profesional.

La regulación que se contiene en el único artículo (artículo 40) que configura este Capítulo dedicado a la Carrera Profesional debe analizarse en relación con otras leyes recientes (Ley de cohesión y calidad y Ley de ordenación de las profesiones sanitarias) que se incluyen y comentan en el presente libro.

Desde el punto de vista puramente sindical lo más destacable quizá sea también lo más esencial, y es que por fin un borrador de Proyecto de Ley de Estatuto Marco propuesto por el Ministerio de Sanidad incluyó el reconocimiento de la carrera profesional, aún cuando a nuestro juicio esa propuesta inicial adoleciera de una total inconcreción y mereciera numerosas críticas ya que, por ejemplo, no fijaba la posibilidad de vincular incentivos económicos a la misma y dejaba la determinación de todos sus criterios a la Comisión de RR.HH. del SNS.

De todos es sabido que la Carrera Profesional ha sido una reivindicación permanente de SATSE desde hace al menos una década, por lo que su inclusión provisional en el borrador del proyecto de Ley y definitiva en la Ley de Estatuto Marco y en las otras dos leyes arriba mencionadas, ha supuesto el reconocimiento de un logro importantísimo para los profesionales de enfermería y para SATSE.

De este modo, el desarrollo de modelos o sistemas de carrera profesional por los Servicios de Salud se convierte ya en incuestionable, con independencia de que su efectiva implantación se haga de manera más o menos inmediata. Además, la posibilidad de que en principio pudieran existir diferentes sistemas de carrera profesional en el SNS no resulta preocupante ya que, y también gracias a la presión sindical, la Ley atribuye a la Comisión de RR.HH. del SNS la función de homologar los criterios generales de los diversos sistemas de carrera, eliminándose así una traba para la libre circulación de los profesionales y favoreciéndose al tiempo el reconocimiento de la carrera profesional en cualquier parte del SNS.

Además, es importante destacar que los sistemas de carrera profesional deben ser negociados en las Mesas correspondientes, lo que contribuirá a que los distintos sistemas que se negocien puedan ajustarse a las especiales características de cada Servicio de Salud y a las legitimas expectativas de sus profesionales, convirtiéndose en un mecanismo no sólo de incentivación profesional, sino también de motivación laboral que tendrá repercusión en las retribuciones de cada profesional.

CAPÍTULO IX. Retribuciones.

El Estatuto Marco establece la base para sustituir progresivamente el RD-Ley 3/87, hasta ahora vigente para el personal estatutario del SNS, por un nuevo sistema retributivo que deberá ser negociado en cada Comunidad Autónoma con arreglo a los criterios y preceptos establecidos en los artículos 41 a 45.

Tanto la propuesta del Ministerio como la postura mantenida por las Administraciones Autonómicas pretendían que la estructura retributiva del personal estatutario fuese lo más simple y poco concreta que fuese posible, insistiendo particularmente las CC.AA. en que se tendiese a que la mayor parte de las retribuciones fijas pasaran a ser variables.

Por ello, conseguir un sistema retributivo definido y detallado, amplio y concreto, como pretendíamos los sindicatos, ha constituido uno de los grandes escollos de esta negociación.

No obstante, se puede destacar de manera positiva cuestiones importantes como lo es el hecho de que con la Ley de Estatuto Marco se garantiza un modelo retributivo de estructura común para todo el SNS, en el que las retribuciones básicas incluyen, además del sueldo base y los trienios, las pagas extraordinarias en las que necesariamente se incluirá una catorceava parte del Complemento de Destino (cuestión ésta a la que se han opuesto determinados grupos políticos durante la tramitación parlamentaria de esta Ley).

En cuanto a las retribuciones complementarias, hay que señalar la importancia de que, en contra de la intención de la Administración Central y Autonómica, se ha conseguido que la Ley reconozca expresamente la existencia de esta clase de retribuciones y las estructure en fijas o variables a pesar de que la propuesta defendida siempre por SATSE iba mas allá definiéndolas en fijas "y" variables. No obstante, sí que se ha logrado que se detallen los distintos conceptos retributivos que se pueden encuadrar como retribuciones complementarias.

Entre los mismos destaca el mantenimiento del Complemento Especifico que en los últimos años ha permitido recoger incrementos salariales destacados, logrados por la negociación con las correspondientes administraciones sanitarias. También permite la existencia de varios complementos específicos con la única limitación de que no retribuyan la misma circunstancia, lo que amplía las posibilidades de futuros incrementos retributivos a través de este concepto.

Se establece el Complemento de Productividad, sin distinguir entre productividad variable o fija las cuales, hasta el momento, habían sido desarrolladas parcialmente sólo por algunos Servicios de Salud, y en muchos casos sólo de manera testimonial. Este complemento permitirá en un futuro, y mediante la negociación, aunar el interés de la Administración por introducir retribuciones variables con la reivindica-

ción sindical del logro de nuevos incrementos retributivos para los profesionales, sin que por ello se tenga que cuestionar el carácter fijo de otros conceptos ya existentes.

Hay que destacar que por primera vez se regula, en consonancia con la valoración que se ha realizado en el Capítulo anterior, el concepto retributivo de carrera profesional, al que se le atribuye identidad propia y diferenciada del Complemento de Productividad, deslindándose de esta forma ambos conceptos de manera clara en contra de la opinión más o menos generalizada de las CC.AA., que pretendían refundir y confundir ambos conceptos con el fin de limitar las posibilidades de los profesionales de obtener mejoras retributivas.

Por último destacamos la garantía prevista en el artículo 44 para el personal estatutario temporal, y en virtud de la cual se le garantiza unas retribuciones en igualdad de condiciones con el personal fijo, con excepción de los trienios por impedimento legal.

CAPÍTULO X. Jornada de trabajo, permisos y licencias.

En este extenso Capítulo (artículos 46 a 61, ambos inclusive) se sientan las bases de la ordenación del tiempo de trabajo con el fin de realizar la transposición obligatoria al ordenamiento jurídico español de la Directiva Comunitaria 94/103/CEE, que ha sido una reivindicación sindical dirigida a evitar la aplicación de conceptos y criterios muy diferentes en materia de jornada laboral y tiempo de descanso en el SNS, lo que se ha traducido en la actualidad en agravios comparativos entre el personal estatutario.

Conviene puntualizar que la Directiva señalada se dicta a los efectos exclusivos del establecimiento de las disposiciones mínimas para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores y, por tanto, la Ley de Estatuto Marco, en el Capítulo que ahora analizamos, realiza lo propio para el personal estatutario. Por esta razón, en el artículo 46.1 se hace mención expresa a que todas estas disposiciones, definiciones y conceptos no tienen "*...influencia en materia de compensaciones económicas ni horarias*". No obstante, no hay inicialmente obstáculo legal alguno para que, mediante la negociación en cada Servicio de Salud, puedan concretarse dichos aspectos.

Dado lo complejo de este Capítulo en esta valoración sólo se destacarán aquellas cuestiones que a nuestro entender tienen mayor relevancia. Y así tenemos (artículo 46.2.c)) que se aclara definitivamente la duda que hasta el momento existía en algunos ámbitos relativa a si los servicios prestados fuera del centro sanitario debían ser considerados tiempo de trabajo, quedando claro según la redacción actual de la Ley que deben ser considerados así, lo que tiene especial relevancia en el caso de Atención Primaria y los desplazamientos que se realizan por motivos asistenciales.

Sin embargo, SATSE mantiene su discrepancia con la definición de tiempo de trabajo ya que estimamos que se podría haber mejorado más (artículo 46.2.c)) y en este sentido se realizó una propuesta concreta.

También es importante destacar que la consideración como jornada laboral del tiempo empleado en desplazamientos por motivo de trabajo era una exigencia de SATSE, finalmente lograda, que clarificará un aspecto cuestionado en algunos Servicios de Salud.

En el artículo 46.2.d) se recoge expresamente la definición de "periodo de localización", tal y como SATSE solicitaba, con el fin de diferenciar esta modalidad de guardia de la tradicional de presencia física, facilitando así también la negociación de sus condiciones y su retribución específica, además de dar solución a situaciones concretas que se habían ido produciendo en los Servicios de Salud (ej. equipos de transplantes, transporte sanitario, etc) que no encontraban acomodo retributivo en la normativa específica.

Igual caso sucede con la inclusión de las definiciones de "periodo nocturno" y "personal nocturno" (artículo 46 f) y g)).

Por otra parte la definición de "trabajo por turnos" viene a dar la razón a SATSE que siempre ha mantenido que "trabajo por turnos" (artículo 46.2.h)) y "personal por turnos" (artículo 46.2.i)) no sólo es aquel que se refiere a la realización de un turno rotatorio que necesariamente incluya la prestación de servicios en jornada nocturna, sino que también se debe considerar como tal aquel que rota entre mañanas y tardes, lo que nos servirá de referente para continuar reivindicando que el personal que rote en horario diurno perciba una compensación económica u horaria, aún cuando somos conscientes de que, según lo previsto en la Directiva ahora transpuesta, -y que reproduce el segundo párrafo del artículo 46.1 de la Ley-, las definiciones dadas son sólo a efectos de protección de la salud en el trabajo.

La Ley de Estatuto Marco reconoce tres tipos de jornadas. Respecto a la jornada complementaria (artículo 48), que es aquella que está destinada a la prestación de servicios de atención continuada, destacamos que en todo momento los sindicatos pretendimos denominarla "jornada extraordinaria", para diferenciarla de la ordinaria; sin embargo, a esto se opusieron totalmente las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad por el riesgo que se corría de que fuera considerada en sentido estricto como "jornada extraordinaria" con el consiguiente tratamiento retributivo.

Continuando con la jornada complementaria, también se optó por aclarar y puntualizar otras cuestiones, como el que sólo será realizada por personal de determinados centros y categorías y por el personal que ya la viniese realizando antes de la entrada en vigor de esta Ley. De este modo se garantiza que no se utilice esta posibilidad por parte de la Administración para imponer, de manera indiscriminada, jornadas con la consideración de ordinarias y sin limite anual.

Estas garantías introducidas por los Sindicatos favorecen la creación de empleo y la calidad del mismo, así como la seguridad y salud en el trabajo, debiendo, en cualquier caso, hacerse cualquier modificación con negociación sindical previa.

En el articulo 49, dedicado a regular el régimen de la jornada especial, la propuesta de la Administración no establecía ningún limite máximo para el desempeño de este tipo de jornada que ha de considerarse excepcional. Finalmente se consiguió que se tuviera en cuenta la postura de los sindicatos negociadores, y de esta forma se establecieron límites a la misma, como por ejemplo, el reconocimiento expreso de su carácter excepcional, la necesidad de que su realización esté suficientemente motivada y existan circunstancias muy concretas que la justifiquen, que sea de carácter voluntario, y que, en todo caso, ningún trabajador realice más de 150 horas anuales por este concepto, valorándose su repercusión en la seguridad y salud del personal que la realice.

La pausa en el trabajo, artículos 50 y 58.1, queda definitivamente consagrada como un derecho del personal estatutario que hasta el momento no se encontraba regulado con carácter general.

Las cuestiones relacionadas con los descansos (entre jornadas, semanal, vacaciones y descansos alternativos), se encuentran en los artículos 51, 52, 53, 54, 57 y 58 y han sido motivo de polémica permanente con la Administración, que no proponía unos periodos mínimos de descanso razonables y suficientes. Es conveniente resaltar que los sindicatos en todo momento hemos pretendido, y logrado en muchos casos, que la Ley no se limitara simplemente a trasponer la Directiva sino que fuera más allá de lo hasta ahora negociado o regulado.

Además en toda la negociación de aspectos relacionados con jornada laboral y particularmente con los descansos siempre ha existido una presión muy fuerte por parte de las CC.AA. para que no se hicieran excesivas concesiones al personal, dado que, evidentemente, cualquier reducción directa o indirecta de jornada (mediante descansos) se traduce automáticamente en una exigencia lógica de aumento de plantillas, lo que tiene una repercusión económica importante en los presupuestos sanitarios.

A pesar de todo esto, consideramos que se ha avanzado positivamente en cuestiones como la limitación de jornada ordinaria que, como regla general no podrá exceder de 12 horas ininterrumpidas, el descanso mínimo de 12 horas entre jornadas (mejorando incluso la propia Directiva 93/104/CEE que establecía un mínimo de 11 horas), y el descanso semanal mínimo de 36 horas ininterrumpidas, aunque volvemos a recordar que estos y otros muchos aspectos podrán ser mejorados mediante negociación sindical en las CC.AA.

En cuanto a la jornada de trabajo a tiempo parcial, la Ley de Estatuto Marco incluye en su articulo 60 la previsión de este tipo de jornada con ciertas limitaciones. En

opinión de SATSE este tipo de jornada no debe ser predominante en el SNS, aunque evidentemente sí solucionará situaciones concretas de los profesionales, y sobre todo y fundamentalmente, podrá contribuir a la creación de más empleo, sin confundir esto con el "reparto de empleo", al que el Sindicato de Enfermería se ha opuesto siempre frontalmente, a diferencia de otras organizaciones sindicales que en algún momento del pasado llegaron a defenderlo.

En lo relativo al régimen de vacaciones anuales, fiestas y permisos (artículos 53 y 61), resaltamos que durante la negociación la demanda sindical consistió en solicitar reiteradamente que se concretasen los aspectos principales de estas materias, llegando incluso a elevar a la Administración una propuesta concreta; sin embargo, en todo momento nos encontramos con la total oposición de las Comunidades Autónomas, que consideraron que el hecho de que una ley estatal entrara en cualquier grado de detalle en estas materias suponía restar e invadir sus competencias autonómicas, por lo que finalmente la Ley de Estatuto Marco contempla que dichas cuestiones sean negociables en el ámbito de cada Comunidad Autónoma que deberán respetar los permisos consagrados para los funcionarios públicos en la Ley 39/99, sobre conciliación de la vida familiar y laboral.

Como cuestión novedosa y favorable señalamos que en el artículo 61.3 se establece la posibilidad de que se concedan permisos retribuidos, total o parcialmente, para que el trabajador asista a cursos de formación o especialización, lo que sin duda es una plasmación concreta de la reivindicación de SATSE de que la formación del personal fuese un objetivo y una obligación de la Administración.

CAPÍTULO XI. Situaciones del personal estatutario.

Tanto en este Capítulo como en los dos siguientes (Régimen disciplinario e incompatibilidades), el planteamiento de la negociación fue distinto debido a la existencia de una normativa legal vigente que afectaba a algunas de las materias reguladas en estos Capítulos -por ejemplo el régimen de la incompatibilidad- o porque se trataba de negociar materias que a juicio de la Administración ofrecían un margen de maniobra menor, ya que, por ejemplo, en el caso de las situaciones administrativas, se pretendía aprovechar la promulgación del Estatuto Marco para homologar hasta donde fuera posible las situaciones del personal estatutario con las previstas por las leyes de función pública para los funcionarios públicos.

Fue precisamente por esta razón por la que la Administración se negó rotunda y absolutamente a mantener el beneficio reconocido en el artículo 46.2 del EPSNF consistente en el incremento del subsidio de incapacidad transitoria en la cantidad necesaria para que el trabajador afectado alcanzara la totalidad de las retribuciones que venía percibiendo.

Sobre esta cuestión, sólo cabe decir que durante toda la negociación y el trámite parlamentario SATSE defendió y reivindicó prácticamente en solitario la vigencia de este beneficio para el personal estatutario, y que continuará haciéndolo planteando su inclusión en las ayudas de acción social que se establezcan mediante negociación en las CC.AA.

A pesar de lo anterior, y para el caso concreto del presente Capítulo, se pueden comentar aspectos positivos como, por ejemplo, que SATSE ha logrado que al personal en formación sanitaria mediante residencia, que se encuentra en situación de servicios especiales (artículo 64), se le mantenga, si es el caso, la reserva de su plaza de origen, se le compute a efectos de antigüedad y carrera profesional el tiempo que permanezca como residente, y además durante la misma perciba, en su caso, los trienios que pudiese tener como empleado público.

Estos beneficios (excepto el cobro de trienios y el cómputo de tiempo a efectos de carrera profesional) se extienden al personal declarado en situación de servicios especiales por estar participando o colaborando en trabajos con ONG por periodos superiores a 6 meses.

Asimismo, la intención de la Administración de homologar el régimen jurídico de las situaciones administrativas del personal estatutario y funcionario también afectó a la excedencia voluntaria (articulo 67). Por esta razón, el requisito previo de haber prestado un año de servicios continuados e inmediatos a la solicitud a la Seguridad Social para obtener el pase a esta situación, ha sido sustituido por la necesidad de haber prestado servicios efectivos en cualquier Administración Pública durante al menos los 5 años anteriores a dicha solicitud. Igualmente, el tiempo mínimo de permanencia en excedencia voluntaria por interés particular antes de solicitar el reingreso al servicio activo pasa a ser de dos años frente al año que anteriormente se exigía.

Sin embargo, y como dato positivo, la Ley de Estatuto Marco regula una nueva modalidad de excedencia voluntaria para el personal estatutario, concretamente la excedencia voluntaria por agrupación familiar, que no está sujeta a ningún requisito de plazo, ya que para su obtención basta que el cónyuge del solicitante resida en una localidad fuera del ámbito del nombramiento de aquél por haber obtenido y estar desempeñando plaza con carácter de fijo como personal estatutario o funcionario.

CAPÍTULO XII. Régimen disciplinario.

A pesar del estrecho margen de negociación que permitía este Capítulo, SATSE pretendió y finalmente consiguió que se introdujeran una serie de garantías y de ventajas, algunas de las cuales destacan por su novedad e importancia, como por ejemplo el derecho al asesoramiento sindical del expedientado, la mención expresa a diversas garantías y beneficios que se reconocen al interesado durante la tramitación del expediente disciplinario (audiencia del interesado en todas las faltas, derecho a percibir todas las retribuciones básicas durante la tramitación del expediente, limitación de hasta un máximo de 6 meses para la suspensión cautelar de funciones, etc.). Igualmente se ha conseguido reducir el plazo de prescripción en casi todos los tipos de faltas y que la cancelación de las sanciones disciplinarias impuestas sea automática, sin necesidad de solicitud expresa.

No obstante un tema que preocupa a SATSE, por afectar a un número de profesionales cada vez mayor, es el acoso laboral o psicológico en el trabajo (mobbing) que, sin embargo, no ha sido admitido como falta disciplinaria ni por el Ministerio de Sanidad ni por las CC.AA., y ni tan siquiera por algunos de los grupos políticos durante la tramitación parlamentaria. Sin embargo, y dado que el artículo 72.5 admite que las CC.AA. añadan nuevas faltas mediante normas con rango de ley a las ya previstas por el Estatuto Marco, SATSE trasladará esta reivindicación al ámbito autonómico.

CAPÍTULO XIII. Incompatibilidades.

La Ley de Estatuto Marco no establece ningún sistema de incompatibilidades específico para el personal estatutario, sino que se limita a remitirnos a las previsiones contenidas con carácter general para la función pública. Sin embargo, a petición de los sindicatos y ante la naturaleza peculiar del personal estatutario, se introducen algunas peculiaridades específicas para este personal (articulo 77), entre las que podemos destacar el beneficio de que se les permita disfrutar a la vez de becas y ayudas de ampliación de estudios, con arreglo a determinados requisitos, lo que, en cualquier caso, favorecerá la formación de los profesionales.

Este artículo también sienta las bases para que las CC.AA. puedan dictar normas que permitan la renuncia al complemento especifico por parte del personal licenciado sanitario que opte por compatibilizar su actividad pública con la privada. Sobre este particular SATSE insistió en que esta posibilidad debía de hacerse también extensible al personal diplomado sanitario, y consiguió que se sustituyera el termino "facultativo" que aparecía en la propuesta del Ministerio y que limitaba aún más este derecho a un colectivo profesional muy concreto.

CAPÍTULO XIV. Representación, participación y negociación colectiva.

Este Capítulo reproduce en parte la actual Ley 9/87 de Organos de representación, participación y negociación colectiva para la determinación de las condiciones de trabajo del personal funcionario, que se aplica también al personal estatutario. Pero no sólo se limita a reproducir algunos de los preceptos de la citada Ley, sino que introduce algunas cuestiones importantes tanto desde el punto de vista de los sindicatos como de los derechos del personal estatutario.

La principal de todas ellas es que, a partir de la promulgación de la Ley de Estatuto Marco, el personal estatutario tiene una normativa propia que reconoce expresamente su derecho a la negociación colectiva. Además de ello, se restringe la voluntad de cada Comunidad Autónoma de constituir o no una Mesa Sectorial donde se negocien las cuestiones que afectan al personal del correspondiente Servicio de Salud, ya que la Ley de Estatuto Marco impone la existencia de tales Mesas Sectoriales. De este modo, el personal estatutario contará con un ámbito propio de negociación en el que se podrán discutir cuestiones que afectan directamente a las condiciones de trabajo y revisten tanta importancia como son: retribuciones, fondos para formación, ayudas de acción social, ofertas de empleo, jornada laboral y descansos, permisos y licencias, ordenación de recursos humanos, prevención de riesgos laborales y, como cuestión novedosa, en la mesa sectorial también se negociará el sistema de carrera profesional.

Por tanto la consolidación de las Mesas Sectoriales es un logro importante para el personal estatutario y ésta fue una reivindicación planteada por SATSE con el carácter de irrenunciable.

• OTROS ASPECTOS DE INTERÉS DE LA LEY DEL ESTATUTO MARCO

Aún cuando algunas de las cuestiones relacionadas en las disposiciones con las que concluye la Ley de Estatuto Marco se han valorado sindicalmente en el Capítulo correspondiente, conviene destacar aspectos importantes como:

— Disposición Adicional quinta. Integraciones de personal.

SATSE históricamente reivindicó, lográndolo finalmente con la presente Ley de Estatuto Marco, que el personal del Sistema Nacional de Salud no se laboralizase permaneciendo por tanto de manera mayoritaria como personal estatutario. Pues bien, con esta disposición adicional se establece la posibilidad de que los Servicios de Salud realicen ofertas de integración al personal con otra vinculación (funcionario de carrera o laboral fijo), que gracias a la presión sindical, siempre tendrá carácter voluntario a pesar de que la Administración pretendía desde un principio que la integración fuese obligatoria.

— Disposición Adicional sexta. Relaciones del régimen estatutario con otros regímenes de personal de las Administraciones Publicas.

Con esta disposición se abre la posibilidad de que el personal estatutario pueda pasar a prestar servicios en plazas de carácter funcionarial o laboral de otras Administraciones Públicas. Lejos de ver esto como una amenaza desde SATSE lo valoramos como una oportunidad para facilitar la movilidad voluntaria del personal de los servicios de salud en consonancia con lo expresado en el comentario al articulo 37.

— Disposición Adicional duodécima. Convenios de colaboración en materia de movilidad.

En coherencia con el comentario anterior relativo a la disposición adicional sexta en la presente disposición se refuerza el establecimiento de medidas que permitan la movilidad del personal funcionario y estatutario entre distintas Administraciones Sanitarias. Esto abunda en la idea defendida en todo momento por SATSE durante la negociación de la Ley de Estatuto Marco relativa a la consideración de un Sistema Sanitario público y único en el que el personal, estatutario o funcionario, es su principal activo.

— Disposición Transitoria tercera. Personal de cupo y zona.

Aunque la propuesta del Ministerio y algunas CC.AA. consistió en forzar la integración obligatoria de este personal, finalmente se consiguió que se realicen ofertas de integración a este personal, cuando lo decidan las Administraciones Sanitarias Autonómicas, pero que sea siempre el personal afectado quien decida voluntariamente si desea integrarse o no.

— Disposición Transitoria sexta. Aplicación paulatina de esta ley.

En su apartado 1.a) se establece una seguridad jurídica en el sentido de que las retribuciones complementarias (artículo 43), aún cuando es derogado el RD-Ley 3/87 en la Disposición Derogatoria Unica, se mantiene vigente, en tanto se negocie en cada Comunidad Autónoma un nuevo sistema retributivo, por lo que la vigencia de las actuales retribuciones del personal estatutario quedan garantizadas en idénticas condiciones.

En el apartado b), y a pesar de la propuesta contraria de la Administración, se mantienen vigentes las funciones del personal recogidas en los Estatutos de personal (que son derogados en la Disposición Derogatoria Única) como forma de garantizar que la promulgación del Estatuto Marco no genere una situación de indefensión para los profesionales de enfermería respecto a las funciones de cada colectivo. Esta cuestión fue una reivindicación planteada exclusivamente por SATSE.

Por último, merece un comentario el apartado d) de esta disposición transitoria sexta por el que se logra que las prestaciones de carácter social de los derogados Estatutos de Personal se mantengan para el personal que ya venía percibiéndolas, debiendo las CC.AA., mediante la negociación, asumir o desarrollar las mismas en acuerdos propios, los cuales probablemente tiendan a homogeneizarse con los del resto de funcionarios de la Comunidad Autónoma.

— Disposición Derogatoria única.

Como ya se ha expresado a lo largo de esta valoración sindical, la derogación de todas o parte de las normas que hasta ahora regulaban al personal estatutario obedece a un imperativo legal basado en el principal objetivo de esta Ley de Estatuto Marco consistente en establecer una base general común de todas las materias relativas a las condiciones laborales del personal estatutario, de ahí que sea necesario derogar las normas de diferente rango que hasta ahora lo hacían.

No obstante esta derogación general, debían respetarse, y así se han conseguido, no sin esfuerzo y con gran oposición del Ministerio y sobre todo de las CC.AA. y algunos grupos políticos, algunas cuestiones irrenunciables para SATSE:

- La no derogación del articulo 45 de la Ley General de la Seguridad Social de 1974, tal y como en todo momento se ha pretendido por parte de la Administración, y que actualmente permite al personal estatutario acudir principalmente a la vía jurisdiccional del orden social para resolver sus litigios con la Administración (reclamaciones, demandas, etc.), mientras que el personal funcionario está obligado por Ley a acudir a la vía contencioso-administrativa.

  La razón por la cual SATSE se opuso a que fuese derogado el mencionado artículo se basa en que la vía social resulta más ágil, menos rígida y costosa, e incluso más favorable para las reclamaciones más habituales del personal estatutario que la vía contencioso-administrativa.

  Nuestra defensa del mantenimiento de la vía social se vió en cierta forma avalada por un informe del Consejo General del Poder Judicial que, aunque se inclinó por una vía común para las reclamaciones judiciales del personal funcionario y estatutario, en el fondo venía a reconocer la escasa viabilidad actual de trasladar al ámbito de lo contencioso-administrativo toda la problemática y conflictividad que suponen las reclamaciones del personal estatutario, por lo que se inclina el CGPJ por postergar esta medida.

- El mantenimiento de las funciones actuales del personal, recogidas en los Estatutos que ahora se derogan, por las razones y los comentarios que antes se han expresado en relación con la Disposición transitoria sexta.

- Impedir la derogación del articulo 151 del EPSNF ha sido objetivo primordial de SATSE, ya que dicho artículo establece determinadas ventajas respecto a la jubilación del personal sujeto al mencionado Estatuto, lo que hasta el momento y en el futuro beneficiará, entre otros, a un número importante de profesionales de enfermería. Además la defensa a ultranza de este artículo es coherente con la reivindicación de SATSE de conseguir en un futuro cercano un sistema propio o especial de jubilación para los profesionales de enfermería que reconozca la excepcionalidad y dureza de las condiciones en que se desarrolla nuestro trabajo.

- Por último, en el apartado 2 de esta Disposición derogatoria única, se establecen garantías para que la entrada en vigor del Estatuto Marco, la derogación de la mayor parte de las normas que regulaban al personal estatutario y la negociación de nuevas normas, pactos y acuerdos a nivel estatal o autonómico no supongan la pérdida de derechos y beneficios ya consolidados siempre y cuando éstos no contradigan las previsiones contenidas en la Ley de Estatuto Marco.

— Disposición Final segunda. Informes sobre financiación.

En esta disposición se contiene la previsión que garantizará la suficiencia financiera para hacer frente a las medidas que a partir de ahora se decidan mediante negociación en las Comunidades Autónomas, lo que sin duda facilitará la consecución de mejoras para los profesionales.

• DESARROLLO FUTURO DEL ESTATUTO MARCO

En el comentario jurídico y en la presente valoración sindical sobre la Ley de Estatuto Marco se muestra claramente la transcendencia que esta norma tendrá sobre el personal estatutario. No obstante lo anterior, tendrá aún más trascendencia el desarrollo que de una norma básica como es esta se pueda realizar en un futuro más o menos inmediato por parte de las CCAA. No en vano la Ley de Estatuto Marco, con el fin de armonizar y estructurar de una manera común la relación estatutaria, procede, en su Disposición Derogatoria Única, a la supresión de un buen número de normas de distinto rango que hasta ahora regulaban diversos aspectos del régimen jurídico de este personal.

Por ello, que el Estatuto Marco sea ya una realidad no es ninguna conclusión sino, y por el contrario, el punto de partida para que el Estado y las CCAA, en el

ejercicio de sus competencias y mediante la negociación sindical, "acerquen" y adapten la normativa básica estatal a los profesionales que prestan servicios en los distintos Servicios de Salud. Es, por tanto, ahora cuando se inicia el verdadero reto para las Administraciones Sanitarias y para los Sindicatos, que deberemos abordar un complejo proceso negociador que culminará con la publicación de normas específicas sobre:

- Estatutos de personal estatutario de ámbito autonómico.
- Retribuciones.
- Selección y provisión de plazas.
- Categorías y funciones de las mismas.
- Situaciones administrativas.
- Planes de ordenación de recursos humanos
- Jornada laboral, descansos y ordenación del tiempo de trabajo.
- Vacaciones, permisos y licencias.
- Carrera profesional.
- Integraciones del personal de cupo y zona.
- Ayudas de acción social.
- Incentivos para la jubilación voluntaria.

Ante la importancia de materias como las señaladas, y al igual que ocurrió durante la negociación de la actual Ley de Estatuto Marco, el Sindicato de Enfermería continuará manteniendo en esta nueva etapa el convencimiento de que nuestra participación en la negociación de las normas, pactos y acuerdos que afecten al personal de enfermería es la principal garantía para que se respeten sus derechos, sin perjuicio de que, además, será una nueva oportunidad para lograr unas mejores condiciones de trabajo.

• CONCLUSIÓN

Como ya se ha indicado a lo largo de esta valoración sindical, el objetivo de SATSE en todo el proceso de negociación de esta Ley y la posterior tramitación parlamentaria hasta su promulgación definitiva ha sido lograr que el Estatuto Marco preserve y garantice los derechos laborales, y en algunos aspectos los derechos profesionales, que hasta el momento mantiene el personal estatutario, haciendo frente a los intentos de la Administración por hacer retroceder o imponer condiciones más perjudiciales a los profesionales, lo que no ha sido una tarea fácil.

A pesar de ello consideramos que el resultado final es globalmente más cercano a los intereses de los profesionales que a la voluntad de la Administración. Pero lo que desde SATSE valoramos en mayor medida no es sólo el haber conseguido esto sino que, a partir de ahora, el Estatuto Marco sea el punto de partida para que los sindicatos y la Administración del Estado y las Autonómicas podamos

negociar un número importante de cuestiones que afectarán directamente a las condiciones de trabajo del personal estatutario. SATSE entiende ésto como una oportunidad histórica que debemos aprovechar todos, Administración sanitaria, sindicatos y profesionales, para fortalecer un Sistema Sanitario Público cuyo principal activo es el personal estatutario que con la Ley del Estatuto Marco se consolida definitivamente.

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO
(BOE 128/2003 de 29-05-2003)

LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

(BOE 128/2003 de 29-05-2003)

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad; asimismo, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Igualmente el art. 38.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social incluye dentro de la acción protectora del ámbito de la Seguridad Social «la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo».

Por otra parte, el título VIII del texto constitucional diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por las comunidades autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía el énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Asimismo, la ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado, que ha realizado una importante labor tanto en el fomento del consenso como en la difusión de experiencias y en el aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad. Este proceso se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

La asunción de competencias por las comunidades autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación. La experiencia y la práctica de las relaciones entre el Estado y las comunidades autónomas desde 1986, año en que se aprueba la Ley General de Sanidad, ha sido un elemento dinámico y, en muchos aspectos, un referente para el desarrollo de la cohesión en el Estado autonómico. Y es precisamente esta experiencia avanzada y valorada positivamente, por los ciudadanos e internacionalmente, la que posibilita no sólo poder realizar un buen diagnóstico sobre sus virtudes y carencias, sino también estar en condiciones de abordar sectorialmente el necesario perfeccionamiento de las relaciones, de manera que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta dicho Estado autonómico.

Paralelamente, transcurridos más de 16 años desde la entrada en vigor de la Ley General de

Sanidad, se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Y se plantean nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, como son la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria, retos todos ellos que han puesto de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las comunidades autónomas para complementar algunos elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, de manera que pueda adaptarse a la modernización que el entorno le exige.

Por todo ello, esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud:

a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.

b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.

c) Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

La experiencia en coordinación sanitaria desde la aprobación de la Ley General de Sanidad hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo, que aproveche esa experiencia y ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residencia.

La primera aportación de la ley al nuevo modelo es la definición de aquellos ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas. En estos ámbitos se define un núcleo común de actuación del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud que lo integran. Sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial con un Estado descentralizado, se pretende que la atención al ciudadano por los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes.

Los ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias definidas por esta ley son: las prestaciones del Sistema Nacional de Salud; la farmacia; los profesionales sanitarios; la investigación; el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario. Estos seis ámbitos representan para el ciudadano la seguridad de las prestaciones en todo el territorio del Estado, que los profesionales sanitarios tendrán las mismas garantías de competencia profesional, que la investigación se orientará a las necesidades de salud de la población, que la información sanitaria fluirá en todo el sistema y que la calidad será un objetivo común dentro del Sistema Nacional de Salud.

Además de las seis áreas descritas anteriormente, la ley ofrece mecanismos de cooperación y coordinación tanto en la organización de la asistencia sanitaria como en salud pública. En asistencia sanitaria se regulan los planes integrales de salud, para que las Administraciones sanitarias adopten un enfoque integral en la atención a las enfermedades más prevalentes. En salud pública se identifican aquellos ámbitos en los que se requiere un enfoque conjunto.

Para que ello sea factible, la ley diseña una serie de instrumentos para tomar aquellas deci-

siones que corresponde asumir conjuntamente al Estado y a las comunidades autónomas. De esta forma, la ley crea o potencia órganos especializados, que se abren a la participación de las comunidades autónomas; así, la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

El órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al que se dota de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes en la asunción de estas decisiones. Junto al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se sitúa la Alta Inspección, a la que se atribuye el seguimiento de los acuerdos de aquél, entre otras funciones.

En definitiva, la ley busca la colaboración de las Administraciones públicas sanitarias con la finalidad de mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La equidad, la calidad y la participación como objetivos comunes, las actuaciones en los diferentes ámbitos y los instrumentos para llevarlas a cabo constituyen el núcleo básico del Sistema Nacional de Salud y lo que proporciona unos derechos comunes a todos los ciudadanos.

II

La ley se estructura en un capítulo preliminar y otros once capítulos.

En el capítulo preliminar se enuncia el propósito de la ley, que es el establecimiento del marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias que permitirán garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, entendido éste, en los términos de la Ley General de Sanidad, como el conjunto de los servicios de salud de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas. En él se integran todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, así como las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos, en orden a satisfacer el derecho a la protección de la salud reconocido por el artículo 43.1 de la Constitución Española.

Sin perjuicio de este objetivo general, la ley contiene también normas aplicables a todo el sistema sanitario español, no sólo a la sanidad pública, en la medida en que, por imperativo del artículo 43.2 de la Constitución, incumbe también a los poderes públicos ejercer un control sobre la sanidad privada, en relación con las actividades de información, salud pública, formación e investigación y en materia de garantías de seguridad y de calidad.

De acuerdo con el mencionado objetivo general, la ley se ocupa sucesivamente de concretarlo en el ámbito de las prestaciones sanitarias, la farmacia, los profesionales de la sanidad, la investigación sanitaria, los sistemas de información, la calidad del sistema sanitario, los planes integrales, las acciones conjuntas en salud pública y la participación de los ciudadanos y de los profesionales.

III

El capítulo I se ocupa de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, cuya garantía constituye uno de los principales objetivos de la ley, por lo que se les dedica una atención preferente. En primer lugar, se regula la ordenación de las prestaciones. Se define el catálogo de prestaciones como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario. Este catálogo incorpora, además de las prestaciones contempladas por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, las prestaciones de salud pública, como conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población, a través de actuaciones dirigidas, entre otras finalidades, a

la información y vigilancia epidemiológica, la prevención de las enfermedades, la promoción de la seguridad alimentaria o la prevención y control de los efectos de los factores ambientales sobre la salud humana. En atención primaria, se incluye la atención comunitaria, la atención paliativa a enfermos terminales, la salud bucodental y la salud mental. En atención especializada, se potencia la actividad en consultas y hospitales de día, médicos y quirúrgicos, incluyéndose, además, la hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos terminales y la salud mental. Se definen las prestaciones de atención sociosanitaria en el ámbito estrictamente sanitario, que comprenderán los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable que se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine. La prestación farmacéutica incluye los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Las prestaciones incluidas en el catálogo se hacen efectivas a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que integran la cartera de servicios. La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se aprobará por real decreto, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidos a evaluación previa a su incorporación a la cartera de servicios para su financiación pública. La actualización de la cartera de servicios se aprobará por orden del Ministro de Sanidad y Consumo, igualmente previo informe del Consejo Interterritorial.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, autorizará el uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos, antes de decidir sobre la necesidad o conveniencia de su inclusión en la cartera. El uso tutelado se realizará, por su propio carácter, por tiempo limitado, en centros autorizados y de acuerdo con protocolos específicos.

Por último, este capítulo regula un aspecto esencial de las prestaciones, cual es su garantía, aunque más acertado resulta referirse a las garantías de seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a las prestaciones. El reconocimiento de un derecho tiene el valor que le concede su garantía. En este sentido, la regulación de las garantías de las prestaciones constituye un aspecto esencial de su regulación. Y en este ámbito conviene destacar dos aspectos de los que se ocupa la ley: el primero es la previsión de la existencia de servicios de referencia para la atención de aquellas patologías que precisen de alta especialización profesional o elevada complejidad tecnológica, o cuando el número de casos a tratar no sea elevado y pueda resultar aconsejable, en consecuencia, la concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos; el segundo aspecto es la necesaria extensión de las garantías de seguridad y calidad de las prestaciones, más allá del ámbito estricto del Sistema Nacional de Salud, a la totalidad del sistema sanitario, incluidos, por tanto, los centros y servicios privados.

IV

En el capítulo II se aborda una reordenación del ejercicio de las competencias que con carácter exclusivo corresponden al Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos y de los productos sanitarios, en beneficio, también en este sector, de la consecución de una mayor calidad del sistema. Así, se incluyen las necesarias previsiones para garantizar una mayor coordinación, en el desarrollo de sus respectivos cometidos, del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la que pasa a denominarse Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (puesto que sus atribuciones también se extienden a dichos productos). A la agencia le compete, entre otros cometidos, la evaluación y, en su caso, autorización de los medicamentos y de los productos sanitarios, mientras que el ministerio, a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, debe resolver sobre la financiación pública y el precio de los medicamentos y productos sanitarios previamente autorizados. Se modifican los órganos de dirección de la agencia, en cuyo Consejo Rector, de nueva crea-

ción, se da entrada a las comunidades autónomas, atendiendo a la legítima aspiración de éstas de participar, en alguna medida y sin detrimento del carácter exclusivo de la competencia estatal, en el proceso de toma de decisiones que pueden conducir a la inclusión de una especialidad farmacéutica o de un producto sanitario entre los de financiación pública, que corresponderá asumir a las haciendas públicas autonómicas.

V

El capítulo III está dedicado a los profesionales de la sanidad, que constituyen un elemento esencial en la modernización y calidad del sistema sanitario español en su conjunto. En este punto, la regulación contenida en la ley salvaguarda tanto las competencias autonómicas como el ámbito propio de otros sectores normativos, como son el educativo y el futuro estatuto marco del personal sanitario, que son la sede legal adecuada para el desarrollo de cuestiones que aquí se dejan esbozadas, pero que deben tenerse en cuenta por su innegable incidencia tanto en el funcionamiento cohesionado del Sistema Nacional de Salud como en el objetivo irrenunciable de alcanzar, también en materia de cualificación profesional, las cotas de calidad que demanda la sociedad.

La ley contiene básicamente principios referidos a la planificación y formación de los profesionales de la sanidad, así como al desarrollo y a la carrera profesional y a la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud. Especial interés tiene la creación de una comisión de recursos humanos, en cuya composición participarán las Administraciones estatal y autonómicas y las correspondientes comisiones nacionales de las distintas especialidades sanitarias, que tendrá el cometido general de contribuir a la planificación y diseño de los programas de formación de los profesionales de la sanidad, en colaboración y sin menoscabo de las competencias de los órganos e instituciones responsables en cada caso de la formación pregraduada y postgraduada, así como de la continuada, y en la oferta de plazas dentro del sistema público.

VI

A la investigación se dedica el capítulo IV. Siendo ésta una materia en la que concurren las competencias estatales y autonómicas, las normas contenidas en este capítulo van dirigidas a ordenar, en el ámbito sanitario, la actividad investigadora de los órganos competentes de la Administración General del Estado. Se establece el principio de que la innovación de base científica es esencial para el desarrollo de los servicios sanitarios y, en definitiva, para la efectiva protección de la salud de los ciudadanos. La ley concreta las responsabilidades del Ministerio de Sanidad y Consumo en este aspecto y encomienda a ese departamento, en colaboración con las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la elaboración de la iniciativa sectorial de investigación en salud, que se incorporará al Plan Nacional de I+D+I, así como la designación de centros de investigación del Sistema Nacional de Salud.

Para la cooperación entre los sectores público y privado en investigación sanitaria, se crea la Comisión Asesora de Investigación en Salud, integrada por representantes de la Administración General del Estado, de las comunidades autónomas y de la industria sanitaria, con la finalidad principal de ofrecer un cauce para la colaboración entre la Administración, la Universidad, los centros de investigación y la industria para aprovechar las sinergias en la investigación biomédica.

La segunda parte de este capítulo se dedica al Instituto de Salud Carlos III, creado por la Ley General de Sanidad. El propósito principal de la ley en relación con este organismo público es precisar sus cometidos en materia de fomento de la investigación en salud, encomendándole, en el ámbito de las competencias del Estado, funciones de planificación de la investigación, vertebración de los recursos dedicados a ella, difusión y transferencia de resultados y desarrollo de programas de investigación, entre otras. Por otra parte, se establece el mandato de integrar a representantes de las comunidades autónomas en los órganos de gobierno del instituto y de las fundaciones vinculadas a éste. Uno de los mecanismos de que se le dota para cumplir su función de contribuir a vertebrar la investiga-

ción en el Sistema Nacional de Salud es la asociación con los centros nacionales y la acreditación de institutos y redes de investigación cooperativa.

VII

En el capítulo V se ocupa la ley de otro de los elementos esenciales para el funcionamiento cohesionado y con garantías de calidad del Sistema Nacional de Salud, que es la existencia de un verdadero sistema de información sanitaria. En este sentido, se encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo el establecimiento de un sistema de información sanitaria que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre la Administración sanitaria del Estado y la de las comunidades autónomas. Este sistema contendrá, entre otros, datos básicos sobre las prestaciones y la cartera de servicios en la atención sanitaria pública y privada, población protegida, recursos humanos y materiales y financiación. El sistema, que estará a disposición de los usuarios, se nutrirá de la información procedente de la propia Administración sanitaria del Estado y de la que suministren las comunidades autónomas, en las condiciones convenidas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, para facilitar el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, se regula la tarjeta sanitaria individual, que, sin perjuicio de su gestión en su ámbito territorial por las comunidades autónomas, incluirá, de manera normalizada, los datos básicos de identificación del titular, su derecho a las prestaciones y la entidad responsable de la asistencia sanitaria. La ley establece que deberá garantizarse que los dispositivos que las tarjetas incorporen para almacenar la información básica y las aplicaciones que la traten permitan la lectura y comprobación de datos en todo el territorio nacional.

En tercer lugar, dentro de este capítulo merece destacarse la creación del Instituto de Información Sanitaria, como órgano del Ministerio de Sanidad y Consumo al que se encomienda el desarrollo de las actividades necesarias para el funcionamiento del sistema de información sanitaria.

VIII

Aunque el objetivo de la calidad del Sistema Nacional de Salud preside buena parte del articulado de la ley, se le dedica específicamente el capítulo VI, en el que se establece el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Y se concretan los elementos que configuran la que se denomina infraestructura de la calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.

Dentro de la Administración General del Estado, se encomienda a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, la elaboración de los elementos de la infraestructura de la calidad, sin perjuicio de las actuaciones en este orden de las comunidades autónomas. Estos elementos estarán a disposición de las propias comunidades y de los centros sanitarios públicos y privados, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios que prestan a los pacientes.

En este capítulo se prevé también la elaboración periódica de planes de calidad del Sistema Nacional de Salud en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de cuyo cumplimiento dará cuenta el Ministro de Sanidad y Consumo en el Senado, como cámara de representación territorial.

Asimismo se encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo el fomento de la auditoría externa periódica de los centros y servicios sanitarios, en garantía de su seguridad y de la calidad de dichos servicios.

Finalmente, el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, órgano igualmente integrado en el Ministerio de Sanidad y Consumo, proporcionará un análisis permanente del sistema, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, de la provisión de servicios, de la gestión sanitaria y de los resultados.

IX

El capítulo VII prevé la elaboración conjunta de planes integrales de salud por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, en relación con las patologías prevalentes. Los planes integrales establecerán criterios sobre la forma de organizar servicios para atender las patologías de manera integral en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y determinarán estándares mínimos y modelos básicos de atención, especificando actuaciones de efectividad reconocida, herramientas de evaluación e indicadores de actividad.

X

El capítulo VIII aborda las actuaciones coordinadas del Estado y de las comunidades autónomas en materia de salud pública y de seguridad alimentaria, cuya declaración corresponderá, respectivamente, al Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, salvo en casos de urgente necesidad. Estas actuaciones se encuadrarán necesariamente en alguno de los supuestos que se prevén, entre ellos, la necesidad de dar respuesta a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública y la ejecución de programas derivados de exigencias normativas procedentes de la Unión Europea o de convenios internacionales.

También se contempla la elaboración, por parte del Estado y de las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de un plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública, dirigido a promover actividades que complementen las realizadas por las distintas Administraciones públicas.

XI

En el capítulo IX se regula la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, que se articula principalmente a través del Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Este órgano, que pretende ofrecer un cauce de comunicación permanente entre las Administraciones públicas sanitarias, los profesionales y las sociedades científicas, las organizaciones sindicales y empresariales y los consumidores y usuarios, tendrá tres formas de organización, pudiendo actuar como Comité Consultivo, como Foro Abierto o como Foro Virtual.

XII

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, creado por la Ley General de Sanidad, se regula en el capítulo X, con lo que se deroga el artículo 47 de la mencionada ley. El Consejo, órgano de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas, tiene encomendada la misión de promover la cohesión del sistema. En este capítulo se establece su composición y se enumeran sus funciones, si bien, en cuanto a estas últimas, la mayor parte de ellas se encuentran diseminadas a lo largo del articulado de la ley y en otras disposiciones legales y reglamentarias. Como novedades destacables cabe citar la previsión de que, en el seno del Consejo, se adopten acuerdos de cooperación sanitaria en diversos ámbitos, así como la creación de un Consejo de Directores del Consejo, en el que se integrarán los Directores de los Servicios de Salud, que tendrá por cometido principal el apoyo al Consejo y la discusión previa de los asuntos que deban someterse a su consideración.

XIII

El capítulo XI y último regula la Alta Inspección en términos análogos a los contenidos en el artículo 43 de la Ley General de Sanidad, que se deroga, si bien lleva a cabo una mejor sistematización de sus funciones, incorporando algunas inequívocamente propias de esta función que corresponde al Estado y que no se recogían en aquella ley.

XIV

Las disposiciones de la parte final se limitan a referir a la Administración sanitaria del Estado, respecto de las Ciudades de Ceuta y Melilla, las competencias que a lo largo de la ley se mencionan como propias de los órganos correspondientes de las comunidades autónomas; a salvaguardar la vigencia de disposiciones específicas referentes a la asistencia sanitaria en el extranjero y a las competencias de otras Administraciones públicas en relación con las entidades sanitarias no integradas en el Sistema Nacional de Salud; a prever la vigencia transitoria del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y a determinar el título competencial y la entrada en vigor de la ley.

CAPÍTULO PRELIMINAR

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto

El objeto de esta ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

Lo dispuesto en esta ley será de aplicación a los servicios sanitarios de financiación pública y a los privados en los términos previstos en el artículo 6 y en las disposiciones adicionales tercera y cuarta.

Artículo 2. Principios generales

Son principios que informan esta ley:

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.

b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.

c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud.

d) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad.

e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.

f) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

h) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica.

Artículo 3. Titulares de los derechos

1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:

a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.

b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los

derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

2. Las Administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 4. Derechos de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud

En los términos de esta ley, los ciudadanos tendrán los siguientes derechos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud:

a) A disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, en los términos previstos en el artículo 28.1.

b) A recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo, en los términos del artículo 25.

c) A recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.

Artículo 5. Ámbito de aplicación

Las acciones a las que se refiere el art. 1 comprenderán:

a) Las prestaciones sanitarias.

b) La farmacia.

c) Los profesionales.

d) La investigación.

e) Los sistemas de información.

f) La calidad del sistema sanitario.

g) Los planes integrales.

h) La salud pública.

i) La participación de ciudadanos y profesionales.

El Consejo Interterritorial y la Alta Inspección realizarán el seguimiento de estas acciones.

Artículo 6. Acciones en relación con las entidades sanitarias no integradas en el Sistema Nacional de Salud

De acuerdo con el artículo 43.2 de la Constitución, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, en el ámbito de las competencias que les corresponden, ejercerán un control de las entidades sanitarias no integradas en el Sistema Nacional de Salud, en relación con las actividades de salud pública y en materia de garantías de información, seguridad y calidad, y requerirán de ellas la información necesaria para el conocimiento de su estructura y funcionamiento. Asimismo podrán colaborar con dichas entidades en programas de formación de profesionales sanitarios y de investigación sanitaria.

CAPÍTULO I

DE LAS PRESTACIONES

SECCIÓN PRIMERA. Ordenación de prestaciones

Artículo 7. Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud

1. El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o

conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.

El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

2. Las personas que reciban estas prestaciones tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Artículo 8. Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud

Las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, conforme con lo dispuesto en la sección 2ª de este capítulo.

Artículo 9. Personal y centros autorizados

Las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud únicamente se facilitarán por el personal legalmente habilitado, en centros y servicios, propios o concertados, del Sistema Nacional de Salud, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél, sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte.

Artículo 10. Financiación

1. Las prestaciones que establece esta ley son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago. Las comunidades autónomas deberán destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Los sistemas de garantías que prevé esta ley son asimismo responsabilidad financiera de las comunidades autónomas.

2. La suficiencia para la financiación de las prestaciones y de las garantías establecidas en esta ley viene determinada por los recursos asignados a las comunidades autónomas conforme a lo establecido en la mencionada Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y de acuerdo con el principio de lealtad institucional, en los términos del artículo 2.1.e) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

3. De acuerdo con el apartado anterior, la inclusión de una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud se acompañará de una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer. Dicha memoria se elevará al Consejo de Política Fiscal y Financiera para su análisis en el contexto de dicho principio de lealtad institucional.

Artículo 11. Prestaciones de salud pública

1. La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.

2. Las prestaciones en este ámbito comprenderán las siguientes actuaciones:

   a) La información y vigilancia epidemiológica.

   b) La protección de la salud.

   c) La promoción de la salud.

   d) La prevención de las enfermedades y de las deficiencias.

e) La vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la Administración sanitaria competente.

f) La promoción y protección de la sanidad ambiental.

g) La promoción y protección de la salud laboral.

h) La promoción de la seguridad alimentaria.

3. Las prestaciones de salud pública se ejercerán con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las Administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 12. Prestación de atención primaria

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

2. La atención primaria comprenderá:

a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.

e) La rehabilitación básica.

f) Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

g) La atención paliativa a enfermos terminales.

h) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

i) La atención a la salud bucodental.

Artículo 13. Prestación de atención especializada

1. La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

2. La atención sanitaria especializada comprenderá:

a) La asistencia especializada en consultas.

b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.

c) La hospitalización en régimen de internamiento.

d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.

e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

f) La atención paliativa a enfermos terminales.

g) La atención a la salud mental.

h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

a) Los cuidados sanitarios de larga duración.

b) La atención sanitaria a la convalecencia.

c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Artículo 15. Prestación de atención de urgencia

La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería.

Artículo 16. Prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Esta prestación se regirá por lo dispuesto en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, y por la normativa en materia de productos sanitarios y demás disposiciones aplicables.

Artículo 17. Prestación ortoprotésica

La prestación ortoprotésica consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien de modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.

Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las Administraciones sanitarias competentes.

Artículo 18. Prestación de productos dietéticos

La prestación de productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario.

Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las Administraciones sanitarias competentes.

Artículo 19. Prestación de transporte sanitario

El transporte sanitario, que necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. Esta prestación se facilitará de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por las Administraciones sanitarias competentes.

SECCIÓN SEGUNDA

Desarrollo y actualización de la cartera de servicios

Artículo 20. Desarrollo de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud

1. La cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

2. En el seno del Consejo Interterritorial se acordará la cartera de servicios correspondiente al catálogo de prestaciones al que se refiere el artículo 7 de esta ley, que se aprobará mediante real decreto.

   Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

   En la elaboración de las carteras de servicios se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo.

3. En cualquier caso, no se incluirán aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada.

Artículo 21. Actualización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud

1. La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se actualizará mediante orden del Ministro de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El procedimiento para la actualización se desarrollará reglamentariamente.

2. Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidos a evaluación por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otros órganos evaluadores a propuesta de las comunidades autónomas.

3. La evaluación tendrá por objeto, la verificación de la concurrencia de los siguientes requisitos:

   a) Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.

   b) Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada respecto a otras alternativas facilitadas actualmente.

   c) Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente, en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos o productos sanitarios.

4. Sólo podrán incorporarse a la cartera de servicios para su financiación pública aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos en las que concurran los requisitos indicados.

5. La exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento actualmente incluido en la cartera de servicios se llevará a cabo cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

   a) Evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable.

   b) Haber perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico.

   c) Dejar de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

Artículo 22. Uso tutelado

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo, por propia iniciativa o a propuesta de las correspondientes Administraciones públicas sanitarias y previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podrá autorizar el uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos.

2. El uso tutelado tendrá como finalidad establecer el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia de la técnica, tecnología o procedimiento antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

   Se realizará con arreglo a un diseño de investigación, por períodos de tiempo limitados, en centros expresamente autorizados para ello y de acuerdo con protocolos específicos destinados a garantizar su seguridad, el respeto a la bioética y el logro de resultados relevantes para el conocimiento. En todo caso, será imprescindible contar con el consentimiento informado de los pacientes a los que se vaya a aplicar dichas técnicas, tecnologías o procedimientos.

3. El uso tutelado se financiará con cargo al Fondo de cohesión al que se refiere el artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de conformidad con las normas por las que se rige dicho fondo.

SECCIÓN TERCERA

Garantías de las prestaciones

Artículo 23. Garantía de accesibilidad

Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva.

Artículo 24. Garantías de movilidad

1. El acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares.

2. Asimismo, se garantizará a todos los usuarios el acceso a aquellos servicios que sean considerados como servicios de referencia de acuerdo con el artículo 28 de esta ley.

Artículo 25. Garantías de tiempo

1. En el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante real decreto. Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco.

2. Quedan excluidas de la garantía a la que se refiere el apartado anterior las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe.

Artículo 26. Garantías de información

1. Los servicios de salud informarán a los ciudadanos de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en las correspondientes normas autonómicas, en su caso.

2. El Registro general de centros, establecimientos y servicios sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, de carácter público, permitirá a los usuarios conocer los centros, establecimientos y servicios, de cualquier titularidad, autorizados por las comunidades autónomas.

   Dicho registro se nutrirá de los datos proporcionados por los correspondientes registros de las comunidades autónomas.

Artículo 27. Garantías de seguridad

1. Cuando se trate de técnicas, tecnologías o procedimientos para cuya correcta utilización sea conveniente concentrar los casos a tratar, se designarán servicios de referencia, de acuerdo con lo que se establece en el siguiente artículo.

2. Para aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos respecto de los que no exista suficiente información para determinar su seguridad, el Ministerio de Sanidad y Consumo acordará, en su caso, con las comunidades autónomas el uso tutelado previsto en el artículo 22.

3. Mediante real decreto se determinarán, con carácter básico, las garantías mínimas de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

   Dichos requisitos irán dirigidos a garantizar que el centro, establecimiento o servicio sanitario cuenta con los medios necesarios para desarrollar las actividades a las que va destinado.

   Los requisitos mínimos podrán ser complementados por las comunidades autónomas para todos los centros, establecimientos y servicios sanitarios de su ámbito territorial.

Artículo 28. Garantías de calidad y servicios de referencia

1. Las comunidades autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones, según se desarrolla en el capítulo VI de esta ley. Para ello, podrán realizar auditorías periódicas independientes.

   Las instituciones asistenciales velarán por la adecuación de su organización para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión en los términos que reglamentariamente se establezcan.

   Asimismo, abordarán actuaciones para la humanización de la asistencia y para la mejora de la accesibilidad administrativa y de su confortabilidad. Los hospitales del Sistema Nacional de Salud procurarán la incorporación progresiva de habitaciones de uso individual.

   La accesibilidad de los centros, servicios y prestaciones de carácter sanitario para personas con discapacidad constituye un criterio de calidad que ha de ser garantizado por el Sistema Nacional de Salud. Los centros sanitarios de nueva creación deberán cumplir las normas vigentes en materia de promoción de la accesibilidad y de eliminación de barreras de todo tipo que les sean de aplicación. Las Administraciones públicas sanitarias promoverán programas para la eliminación de barreras en los centros y servicios sanitarios que, por razón de su antigüedad u otros motivos, presenten obstáculos

para los usuarios con problemas de movilidad o comunicación.

2. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se acordará la designación de servicios de referencia, el número necesario de éstos y su ubicación estratégica dentro del Sistema Nacional de Salud, con un enfoque de planificación de conjunto, para la atención a aquellas patologías que precisen para su atención una concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales.

   El Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará aquellos servicios de referencia, que queden establecidos como tales, atendiendo a los criterios de calidad que para cada servicio establezca, y los reevaluará periódicamente.

   La atención en un servicio de referencia se financiará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria previsto en el art. 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de acuerdo con las disposiciones que lo regulan.

Artículo 29. Ámbito de las garantías de seguridad y calidad

Las garantías de seguridad y calidad son aplicables a todos los centros, públicos y privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento, siendo responsabilidad de las Administraciones públicas sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento.

CAPÍTULO II

DE LA FARMACIA

SECCIÓN PRIMERA

Organización y ejercicio de las competencias del estado en materia de farmacia

Artículo 30. Competencias de la Administración General del Estado en materia de farmacia

Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo el ejercicio de las competencias del Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los productos sanitarios, así como la decisión sobre su financiación pública y la fijación del precio correspondiente, en los términos previstos en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, sin perjuicio de las competencias ejecutivas de las comunidades autónomas.

Artículo 31. Ejercicio de las competencias del Estado en materia de farmacia

1. El ejercicio de las competencias del Estado en materia de farmacia corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y del organismo autónomo Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

2. Corresponde a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios la dirección, desarrollo y ejecución de la política farmacéutica del departamento, así como el ejercicio de las funciones que competen al Estado en materia de financiación pública y fijación del precio de medicamentos y productos sanitarios, así como las condiciones especiales de prescripción y dispensación de medicamentos en el SNS.

3. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios asume, como organismo técnico especializado, las actividades de

evaluación, registro, autorización, inspección, vigilancia y control de medicamentos de uso humano y veterinario y productos sanitarios, cosméticos y de higiene personal, y la realización de los análisis económicos necesarios para la evaluación de estos productos, sin perjuicio de las competencias ejecutivas de las comunidades autónomas.

4. El Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con las comunidades autónomas, acometerá acciones encaminadas al uso racional del medicamento que comprenderán entre otras:

   a) Programas de educación sanitaria dirigidos a la población general para la prevención de la automedicación, el buen uso de los medicamentos y la concienciación social e individual sobre su coste.

   b) Programas de formación continua de los profesionales, que les permita una constante incorporación de conocimientos sobre nuevos medicamentos y la actualización sobre la eficacia y efectividad de éstos.

Artículo 32. Órganos de dirección, control y de asesoramiento técnico-científico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

1. Los órganos de dirección de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios son el Consejo Rector y el Director de la Agencia.

   El Consejo Rector estará presidido por el Subsecretario de Sanidad y Consumo. Sus funciones, composición y régimen de funcionamiento se establecerán reglamentariamente. En todo caso, formarán parte del Consejo Rector representantes de los Ministerios de Sanidad y Consumo, de Agricultura, Pesca y Alimentación y de Ciencia y Tecnología, así como de las comunidades autónomas.

   La dirección y la representación legal de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios corresponden a su Director. Reglamentariamente se determinarán sus funciones.

2. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios contará con un Consejo Asesor integrado por expertos. Su composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

3. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios contará con los órganos de asesoramiento técnico-científico en materia de evaluación de medicamentos y productos sanitarios que se regulen en su estatuto.

SECCIÓN SEGUNDA

Colaboración de las oficinas de farmacia

Artículo 33. Colaboración de las oficinas de farmacia

1. Las oficinas de farmacia colaborarán con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica a fin de garantizar el uso racional del medicamento. Para ello los farmacéuticos actuarán coordinadamente con los médicos y otros profesionales sanitarios.

2. En el marco de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establecerá los criterios generales y comunes para el desarrollo de la colaboración de las oficinas de farmacia, por medio de conciertos que garanticen a los ciudadanos la dispensación en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, independientemente de su comunidad autónoma de residencia.

   Se tenderá a la dispensación individualizada de medicamentos y a la implantación de la receta electrónica, en cuyo desarrollo participarán las organizaciones colegiales médica y farmacéutica.

3. Entre los criterios del apartado anterior se definirán los datos básicos de farmacia, para la gestión por medios informáticos de la información necesaria para el desempeño de las actividades anteriormente mencionadas y para la colaboración con las estructuras asistenciales del Sistema Nacional de Salud. Se ajustarán a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y a las especificaciones establecidas por los servicios de salud de las comunidades autónomas.

CAPÍTULO III

DE LOS PROFESIONALES

SECCIÓN PRIMERA

Planificación y Formación de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud

Artículo 34. Principios generales

La formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud. Para ello se requiere:

a) La colaboración permanente entre los órganos de las Administraciones públicas competentes en materia de educación, sanidad, trabajo y asuntos sociales, las universidades, las sociedades científicas y las organizaciones profesionales y sindicales.

b) La disposición de toda la estructura asistencial del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales.

c) La revisión permanente de las enseñanzas y de la metodología educativa en el campo sanitario, para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.

d) La actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario.

Artículo 35. Comisión de Recursos Humanos

1. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud desarrollará las actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y definirá los criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas.

2. El análisis de necesidades formativas tendrá en cuenta aspectos cuantitativos y cualitativos, para adecuar las convocatorias de formación y así dar respuesta a las demandas futuras de la atención sanitaria. Son instrumentos necesarios para la planificación de la formación:

   a) La coordinación entre el sistema sanitario y el educativo.

   b) La cooperación con las comunidades autónomas.

   c) La asesoría técnica de las sociedades científicas y de las organizaciones profesionales.

   d) Un sistema de información de recursos humanos, reflejado en el Sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud regulado en el artículo 53.

3. La Comisión de Recursos Humanos estará presidida por el Ministro de Sanidad y Consumo. Su composición se establecerá reglamentariamente, y deberán estar representadas en todo caso las comunidades autónomas y los ministerios competentes. Se podrán crear comisiones técnicas y foros de participación que dependerán de la Comisión de Recursos Humanos.

   A tal objeto, se crean los siguientes órganos, cuya composición y funcionamiento se desarrollarán reglamentariamente:

a) El Foro Marco para el Diálogo Social, que, sin perjuicio de las competencias que determine la norma básica reguladora de las relaciones laborales de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud, tiene como objetivo ser el ámbito de diálogo e información de carácter laboral, promoviendo el desarrollo armónico de sus condiciones. Estará constituido por las Administraciones públicas presentes en la Comisión de Recursos Humanos y las organizaciones sindicales más representativas en el sector sanitario.

b) El Foro Profesional, que será marco de diálogo e información sobre la formación de postgrado y continuada, y sobre los requisitos formativos, de evaluación y competencia de las profesiones sanitarias. En él estará representada la Comisión Consultiva Profesional.

4. La Comisión Consultiva Profesional se regulará mediante real decreto e integrará a representantes de los consejos nacionales de las especialidades sanitarias y de los consejos generales de las profesiones sanitarias. Actuará como órgano de consulta en todos los ámbitos de la ordenación profesional y como órgano de apoyo a la Comisión de Recursos Humanos.

Artículo 36. Formación de pregrado

La Comisión de Recursos Humanos, atendiendo a las necesidades de la población, trasladará al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y al Consejo de Coordinación Universitaria criterios para la adaptación de los planes de estudios conducentes a la obtención de los distintos títulos universitarios del ámbito de las ciencias de la salud, que conjuguen la adquisición simultánea de conocimientos, habilidades y actitudes y favorezca el trabajo en equipo multiprofesional y multidisciplinar.

Artículo 37. Formación de postgrado

La Comisión de Recursos Humanos supervisará los programas de formación de postgrado especializada, propuestos por las comisiones nacionales correspondientes, así como el número de profesionales necesarios en cada convocatoria. Para la determinación de este número deberán tenerse en cuenta los informes de las comunidades autónomas en relación a sus necesidades de personal especializado.

La Agencia de Calidad regulada en el artículo 60 coordinará la acreditación de los servicios para la docencia de postgrado a los que se refiere el párrafo anterior.

Artículo 38. Formación continuada

Las Administraciones públicas establecerán criterios comunes para ordenar las actividades de formación continuada, con la finalidad de garantizar la calidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Los criterios comunes serán adoptados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas podrán delegar las funciones de gestión y acreditación de la formación continuada en otras corporaciones o instituciones de derecho público, de conformidad con la ley.

Artículo 39. Formación profesional

La Comisión de Recursos Humanos colaborará con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en la adecuación a las necesidades de salud de la población de los estudios de formación profesional y con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en relación con la formación ocupacional en el ámbito de las ciencias de la salud. Todo ello sin menoscabo de las competencias que en materia de formación profesional y de formación ocupacional corresponden a las comunidades autónomas.

SECCIÓN SEGUNDA

Desarrollo profesional y modernización del sistema nacional de salud

Artículo 40. Desarrollo profesional

El desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y deberá responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos:

a) La formación continuada.

b) La carrera profesional.

c) La evaluación de competencias.

Artículo 41. Carrera profesional

1. La carrera profesional es el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios.

2. El estatuto marco previsto en el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, contendrá la normativa básica aplicable al personal del Sistema Nacional de Salud, que será desarrollada por las comunidades autónomas.

Artículo 42. Evaluación de competencias

1. A los efectos de esta ley, la competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean.

   La Comisión de Recursos Humanos definirá los criterios básicos de evaluación de la competencia de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas.

2. El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y las comunidades autónomas, en el ámbito geográfico de sus competencias, podrán acreditar las entidades de carácter científico, académico o profesional autorizadas para la evaluación de la competencia de los profesionales. Dichas entidades habrán de ser independientes de la gestión de sus centros y servicios.

Artículo 43. Movilidad de los profesionales

La garantía de movilidad del personal en todo el Sistema Nacional de Salud es uno de los aspectos esenciales de su cohesión, por lo que deberá buscarse un desarrollo armónico de los concursos de traslados convocados por los distintos servicios de salud.

Mediante real decreto, tras acuerdo en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, previo informe del Foro Marco para el Diálogo Social, se establecerán los criterios básicos y las condiciones de las convocatorias de profesionales y de los órganos encargados de su desarrollo que aseguren su movilidad en todo el territorio del Estado, sin perjuicio de las competencias legalmente atribuidas a las Administraciones sanitarias.

CAPÍTULO IV

DE LA INVESTIGACIÓN

SECCIÓN PRIMERA

La investigación en salud

Artículo 44. Principios

Es responsabilidad del Estado en materia de investigación en salud, y sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas:

a) Establecer las medidas para que la investigación científica y la innovación contribuyan a mejorar de manera significativa y sostenible las intervenciones y procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores.

b) Garantizar que la actividad investigadora y de transferencia de resultados a la práctica clínica se desarrolla y se sustenta científicamente de manera demostrable.

c) Garantizar la observancia y el cumplimiento de los derechos, la protección de la salud y la garantía de la seguridad de la sociedad, los pacientes y los profesionales involucrados en la actividad de investigación.

d) Incorporar la actividad científica en el ámbito sanitario en el Espacio Europeo de Investigación.

e) Facilitar que en toda la estructura asistencial del Sistema Nacional de Salud se puedan llevar a cabo iniciativas de investigación clínica y básica, fomentando el desarrollo de la metodología científica y de la medicina basada en la evidencia.

Artículo 45. Iniciativa sectorial de investigación en salud en el marco del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo, previa consulta al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y teniendo en cuenta las propuestas y los proyectos que puedan presentar las comunidades autónomas, elaborará una iniciativa sectorial de investigación en salud, que propondrá, a través del Ministerio de Ciencia y Tecnología, para su discusión en la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, a efectos de su integración en el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica, dentro del procedimiento que se acuerde para su elaboración.

2. Las propuestas contenidas en la iniciativa sectorial de investigación en salud deberán coordinarse con las que procedan de otros departamentos ministeriales con competencias en investigación científica y desarrollo tecnológico con el fin de asegurar una estrecha interacción con otras actuaciones en biomedicina, biotecnología y otras áreas de actuación relacionadas con el campo de la salud.

3. Para la elaboración de la iniciativa sectorial se tendrán en cuenta las siguientes necesidades y objetivos:

a) Las necesidades de salud de la población y el impulso de la innovación asistencial y la modernización de la estrategia de la I+D biomédica, en servicios sanitarios y de salud pública.

b) La participación de todos los agentes sociales afectados.

c) La transferencia de resultados de investigación, debidamente verificados, a la práctica clínica.

d) La consideración, en su caso, de los resultados científicos en la toma de decisiones por parte de los órganos responsables del Sistema Nacional de Salud.

e) La mejora de la calidad en la gestión de la investigación, mediante la implantación de sistemas eficaces de intercambio de información, evaluación y administración económico-financiera.

f) El impulso, a través del Instituto de Salud Carlos III, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, de otros organismos públicos de investigación y de las universidades, de la modernización de los centros y redes de investigación del Sistema Nacional de Salud.

g) El incremento de la colaboración con los centros privados de investigación, así como con los centros extranjeros, favoreciendo la concurrencia de recursos en aras de objetivos comunes.

h) La conciliación de la actividad investigadora con la normativa vigente y con los

principios éticos aceptados por las instituciones y por la comunidad científica.

4. La ejecución de las actuaciones que se deriven de las propuestas contenidas en la iniciativa sectorial de investigación en salud que se incorporen en el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, y cuya gestión recaiga en el Ministerio de Sanidad y Consumo, se realizará de acuerdo con las modalidades de participación recogidas en él y estará sometida a un sistema de evaluación con la participación de expertos nacionales y extranjeros basado en el uso de la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva y de las Comisiones Técnicas de Evaluación del Fondo de Investigación Sanitaria.

5. La financiación de las actuaciones mencionadas en el apartado 4 y que gestione el Ministerio de Sanidad y Consumo deberá hacer uso de los instrumentos de financiación previstos en el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica y con cargo a partidas presupuestarias del citado departamento ministerial, sin perjuicio de la existencia de acuerdos de cofinanciación con entidades públicas y privadas.

6. En materia de recursos humanos vinculados a la investigación en salud, se fomentará la movilidad y el intercambio de investigadores de distintos centros, públicos y privados, nacionales y extranjeros, así como la constitución de grupos de investigación con una dimensión adecuada, que favorezca masas críticas amplias, y se promoverá su formación continuada.

7. Los órganos y organismos dependientes o vinculados al Ministerio de Sanidad y Consumo responsables de la gestión de las actuaciones del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica se coordinarán con el Ministerio de Ciencia y Tecnología en la evaluación global de aquéllas y su posible actualización durante la ejecución del mencionado plan.

Artículo 46. Cooperación entre los sectores público y privado

1. Se crea la Comisión Asesora de Investigación en Salud, como órgano asesor de cooperación entre el sector público y el privado en el ámbito de la sanidad.

2. Sus funciones, composición y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente. En todo caso su composición deberá garantizar la adecuada representación de las comunidades autónomas.

Artículo 47. Los derechos, la salud y la seguridad de los pacientes en la investigación

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con la Comisión Asesora de Investigación en Salud, velará por que la investigación en salud se realice según las normas de buena práctica científica y bioética.

SECCIÓN SEGUNDA

Instituto de Salud Carlos III

Artículo 48. Funciones del Instituto de Salud Carlos III

1. El Instituto de Salud Carlos III fomentará la investigación en salud:

   a) En los aspectos organizativos de la investigación, por medio de:

      1. La planificación y priorización de la investigación con la finalidad de adecuar sus planes de trabajo anuales a los objetivos de la iniciativa sectorial de investigación en salud.

      2. La vertebración de los recursos dedicados a la investigación del Sistema Nacional de Salud, mediante la asociación de centros de investigación del Sistema Nacional de Salud y la acreditación de institutos y redes.

3. La potenciación de la investigación, con asesoramiento, difusión de resultados, apoyo a investigadores y registros en la materia.

b) En el desarrollo de programas de investigación propios.

2. Las comunidades autónomas participarán en los órganos de gobierno del Instituto de Salud Carlos III y de las fundaciones vinculadas a éste.

3. Para contribuir a la vertebración de la investigación en el Sistema Nacional de Salud, el Instituto de Salud Carlos III:

a) Se asociará a los centros de investigación del Sistema Nacional de Salud.

b) Acreditará institutos y redes de investigación cooperativa para concentrar la investigación en los objetivos previstos del plan y fomentar la investigación de excelencia.

c) Facilitará sus propios recursos de investigación.

Artículo 49. Centros de investigación del Sistema Nacional de Salud

A los efectos de esta ley, tendrán la consideración de centros de investigación del Sistema Nacional de Salud aquellos que designe el Ministerio de Sanidad y Consumo, a propuesta del Instituto de Salud Carlos III o de las comunidades autónomas, de acuerdo con las prioridades de la iniciativa sectorial de investigación en salud, entre los centros propios y asociados del Instituto de Salud Carlos III, así como entre los institutos acreditados. Estos últimos se asociarán al Instituto de Salud Carlos III.

Artículo 50. Institutos de investigación

El Sistema Nacional de Salud colaborará con otras instituciones y organizaciones implicadas en la investigación para la utilización conjunta de infraestructuras científicas. A tal efecto, se promoverá la configuración de institutos de investigación sanitaria mediante la asociación de centros de investigación que serán acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo a propuesta del Instituto de Salud Carlos III o de las comunidades autónomas, por el procedimiento que se establezca reglamentariamente.

Artículo 51. Redes de investigación cooperativa

El Instituto de Salud Carlos III fomentará el establecimiento de redes de investigación cooperativa, multidisciplinares e interinstitucionales, formadas por los centros o grupos de investigación acreditados.

Estas redes actuarán como estructuras de investigación y consulta científica y como tales podrán presentar proyectos conjuntos, acceder a financiación específica y participar en programas de investigación europeos.

Se promoverá la integración de las redes con centros nacionales e institutos para facilitar la transferencia de la investigación a la práctica clínica, así como para una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Artículo 52. Apoyo a la investigación

El Instituto de Salud Carlos III apoyará la investigación a través de las siguientes líneas de actuación, que se desarrollarán sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas, y en colaboración con las Administraciones sanitarias:

a) Apoyo metodológico, que comprenderá:

1. Asesoramiento en el diseño, conducción, control de calidad y análisis de datos, asesoramiento en aspectos éticos y legales de proyectos y en tecnologías de la información.

2. Información y el apoyo de gestión necesario para la participación en los programas de la Unión Europea.

3. Infraestructuras de apoyo a la investigación sanitaria, tales como bancos de tejidos, serotecas, bases de datos bioinformáticos y grandes instalaciones científicas, entre otras.

b) Difusión de los recursos y resultados para su utilización conjunta en red informática, que comprenderá:

1. Cartografía de centros de investigación públicos y privados al servicio de la investigación sanitaria.

2. Registro de investigadores del Sistema Nacional de Salud.

3. Recursos documentales propios y de los centros y otras organizaciones sanitarias existentes en las comunidades autónomas.

4. Resultados de la investigación propios y de los centros y otras organizaciones sanitarias existentes en las comunidades autónomas.

CAPÍTULO V

DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

SECCIÓN PRIMERA

Sistema de información sanitaria

Artículo 53. Sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá un sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las Administraciones sanitarias. Para ello en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los objetivos y contenidos de la información.

   El objetivo general del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud será responder a las necesidades de los siguientes colectivos, con la finalidad que en cada caso se indica:

   a) Autoridades sanitarias: la información favorecerá el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, dándoles información actualizada y comparativa de la situación y evolución del Sistema Nacional de Salud.

   b) Profesionales: la información irá dirigida a mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas. Incluirá directorios, resultados de estudios, evaluaciones de medicamentos, productos sanitarios y tecnologías, análisis de buenas prácticas, guías clínicas, recomendaciones y recogida de sugerencias.

   c) Ciudadanos: contendrá información sobre sus derechos y deberes y los riesgos para la salud, facilitará la toma de decisiones sobre su estilo de vida, prácticas de autocuidado y utilización de los servicios sanitarios y ofrecerá la posibilidad de formular sugerencias de los aspectos mencionados.

   d) Organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario: contendrá información sobre las asociaciones de pacientes y familiares, de organizaciones no gubernamentales que actúen en el ámbito sanitario y de sociedades científicas, con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en el Sistema Nacional de Salud.

2. El sistema de información sanitaria contendrá información sobre las prestaciones y la cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, e incorporará, como datos básicos, los relativos a población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación y resultados obtenidos, así como las expectativas y opinión de los ciudadanos, todo ello desde un enfoque de atención integral a la salud.

3. Con el fin de lograr la máxima fiabilidad de la información que se produzca, el Ministerio

de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establecerá la definición y normalización de datos y flujos, la selección de indicadores y los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información.

4. El sistema de información sanitaria estará a disposición de sus usuarios, que serán las Administraciones públicas sanitarias, los gestores y profesionales de la sanidad y los ciudadanos, en los términos de acceso y difusión que se acuerden en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

5. Las comunidades autónomas, la Administración General del Estado y las Entidades Gestoras de la Seguridad Social aportarán a este sistema de información sanitaria los datos necesarios para su mantenimiento y desarrollo. Del mismo modo, las Administraciones autonómicas y estatal tienen derecho de acceder y disponer de los datos que formen parte del sistema de información que precisen para el ejercicio de sus competencias.

6. La cesión de los datos, incluidos aquellos de carácter personal necesarios para el sistema de información sanitaria, estará sujeta a la legislación en materia de protección de datos de carácter personal y a las condiciones acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 54. Red de comunicaciones del Sistema Nacional de Salud

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la utilización preferente de las infraestructuras comunes de comunicaciones y servicios telemáticos de las Administraciones públicas, pondrá a disposición del Sistema Nacional de Salud una red segura de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información exclusivamente sanitaria entre sus integrantes.

La transmisión de la información en esta red estará fundamentada en los requerimientos de certificación electrónica, firma electrónica y cifrado, de acuerdo con la legislación vigente.

A través de dicha red circulará información relativa al código de identificación personal único, las redes de alerta y emergencia sanitaria, el intercambio de información clínica y registros sanitarios, la receta electrónica y la información necesaria para la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, así como aquella otra derivada de las necesidades de información sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 55. Estadísticas de interés general supracomunitario

1. El sistema de información sanitaria contemplará específicamente la realización de estadísticas para fines estatales en materia sanitaria, así como las de interés general supracomunitario y las que se deriven de compromisos con organizaciones supranacionales e internacionales, que se llevarán a cabo con arreglo a las determinaciones metodológicas y técnicas que establezca el Ministerio de Sanidad y Consumo, consultado el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2. La información necesaria para la elaboración de estadísticas de las actividades sanitarias se recabará tanto del sector público como del sector privado.

Artículo 56. Intercambio de información en salud entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud

Con el fin de que los ciudadanos reciban la mejor atención sanitaria posible en cualquier centro o servicio del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo coordinará los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, previamente acordados con las comunidades autónomas, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios para garantizar

la calidad de dicha asistencia y la confidencialidad e integridad de la información, cualquiera que fuese la Administración que la proporcione.

El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá un procedimiento que permita el intercambio telemático de la información que legalmente resulte exigible para el ejercicio de sus competencias por parte de las Administraciones públicas.

El intercambio de información al que se refieren los párrafos anteriores se realizará de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

SECCIÓN SEGUNDA

Tarjeta sanitaria individual

Artículo 57. La tarjeta sanitaria individual

1. El acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual, como documento administrativo que acredita determinados datos de su titular, a los que se refiere el apartado siguiente. La tarjeta sanitaria individual atenderá a los criterios establecidos con carácter general en la Unión Europea.

2. Sin perjuicio de su gestión en el ámbito territorial respectivo por cada comunidad autónoma y de la gestión unitaria que corresponda a otras Administraciones públicas en razón de determinados colectivos, las tarjetas incluirán, de manera normalizada, los datos básicos de identificación del titular de la tarjeta, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria. Los dispositivos que las tarjetas incorporen para almacenar la información básica y las aplicaciones que la traten deberán permitir que la lectura y comprobación de los datos sea técnicamente posible en todo el territorio del Estado y para todas las Administraciones públicas. Para ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las comunidades autónomas y demás Administraciones públicas competentes, establecerá los requisitos y los estándares necesarios.

3. Con el objetivo de poder generar el código de identificación personal único, el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará una base de datos que recoja la información básica de asegurados del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que los servicios de salud dispongan de un servicio de intercambio de información sobre la población protegida, mantenido y actualizado por los propios integrantes del sistema. Este servicio de intercambio permitirá la depuración de titulares de tarjetas.

4. Conforme se vaya disponiendo de sistemas electrónicos de tratamiento de la información clínica, la tarjeta sanitaria individual deberá posibilitar el acceso a aquélla de los profesionales debidamente autorizados, con la finalidad de colaborar a la mejora de la calidad y continuidad asistenciales.

5. Las tarjetas sanitarias individuales deberán adaptarse, en su caso, a la normalización que pueda establecerse para el conjunto de las Administraciones públicas y en el seno de la Unión Europea.

SECCIÓN TERCERA

Instituto de Información Sanitaria

Artículo 58. Instituto de Información Sanitaria

1. Se creará el Instituto de Información Sanitaria, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo que desarrollará las actividades necesarias para el funcionamiento del sistema de información sanitaria establecido en el artículo 53.

   Su creación se llevará a cabo de acuerdo con el procedimiento previsto en el artículo 67.1 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

2. El Instituto de Información Sanitaria se encargará de recabar, elaborar y distribuir la información que responda a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, con criterios de transparencia y objetividad de la información generada, de acuerdo con las directrices que para su utilización se establezcan por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

3. Será igualmente función del Instituto recabar datos procedentes de otras fuentes, tanto nacionales como internacionales, con el fin de complementar la información intrínseca al Sistema Nacional de Salud, posibilitar el establecimiento de correlaciones, así como facilitar la comparabilidad con otros ámbitos.

4. El Instituto velará por la integridad y seguridad de los datos confiados, garantizando su confidencialidad con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999.

5. El Instituto podrá reconocer como válidos para el Sistema Nacional de Salud registros de información sanitaria existentes en diferentes ámbitos profesionales y científicos.

CAPÍTULO VI

DE LA CALIDAD

SECCIÓN PRIMERA

Acciones en materia de calidad

Artículo 59 .Infraestructura de la calidad

1. La mejora de la calidad en el sistema sanitario debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas.

2. La infraestructura para la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud estará constituida por los elementos siguientes:

   a) Normas de calidad y seguridad, que contendrán los requerimientos que deben guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura.

   b) Indicadores, que son elementos estadísticos que permitirán comparar la calidad de diversos centros y servicios sanitarios de forma homologada, ajustada al riesgo y fiable.

   c) Guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial, que son descripciones de los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

   d) El registro de buenas prácticas, que recogerá información sobre aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor a la actual.

   e) El registro de acontecimientos adversos, que recogerá información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente.

   Esta infraestructura estará a disposición tanto del Ministerio de Sanidad y Consumo como de las comunidades autónomas.

Artículo 60. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

1. Se creará la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo al que corresponderá la elaboración y el mantenimiento de los elementos de la infraestructura de la calidad.

   Su creación se llevará a cabo de acuerdo con el procedimiento previsto en el artículo 67.1 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

2. La Agencia elaborará o adoptará los elementos de la infraestructura con el asesoramiento de sociedades científicas y expertos del sector, a partir de la experiencia nacional e internacional. También podrá promover convenios con instituciones científicas para elaborar o gestionar los ele-

mentos de la infraestructura. Asimismo difundirá los elementos de la infraestructura para su conocimiento y utilización por parte de las comunidades autónomas y los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 61. Planes de calidad del Sistema Nacional de Salud

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas elaborarán periódicamente, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, planes de calidad del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios. Estos planes contendrán los objetivos de calidad prioritarios para el período correspondiente.

2. El Ministro de Sanidad y Consumo dará cuenta al Senado del cumplimiento de los planes de calidad del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 62. Evaluación externa

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas fomentarán la evaluación externa y periódica de la calidad y la seguridad de los centros y servicios sanitarios mediante auditorías por parte de instituciones públicas o empresas privadas que garanticen una evaluación independiente.

2. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud acreditará a las instituciones públicas y a las empresas privadas competentes para realizar las auditorías siguiendo los criterios que se acuerden en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Los certificados emitidos por estos auditores serán válidos para todo el Sistema Nacional de Salud. La Agencia podrá reconocer certificados emitidos por otros evaluadores que tendrán de esta manera valor para todo el Sistema Nacional de Salud.

SECCIÓN SEGUNDA

El observatorio del sistema nacional de salud

Artículo 63. Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Se creará el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo que proporcionará un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados.

Su creación se llevará a cabo de acuerdo con el procedimiento previsto en el artículo 67.1 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

El Observatorio elaborará anualmente un informe sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, que se presentará por el Ministerio de Sanidad y Consumo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO VII

DE LOS PLANES INTEGRALES

Artículo 64. Planes integrales de salud

1. Sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con las sociedades científicas, elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

2. Los planes integrales de salud:

   a) Establecerán criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral y semejante en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

   b) Determinarán los estándares mínimos y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.

   c) Especificarán actuaciones de efectividad reconocida, identificarán modelos de atención de estas intervenciones, desarrollarán herramientas de evaluación e indicadores de actividad, indicarán metas y objetivos para evaluar el progreso e identificarán insuficiencias en el conocimiento para orientar las prioridades de investigación.

3. Las comunidades autónomas, una vez establecidos los estándares generales, bases y criterios, organizarán sus servicios de acuerdo con el modelo que más se adapte a sus peculiaridades y necesidades.

CAPÍTULO VIII

DE LA SALUD PÚBLICA

Artículo 65. Actuaciones coordinadas en salud pública y en seguridad alimentaria

1. La declaración de actuaciones coordinadas en salud pública corresponderá al Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de las comunidades directamente afectadas, salvo en situaciones de urgente necesidad, en cuyo caso se tomarán las medidas que sean estrictamente necesarias y se le informará de manera inmediata de las medidas adoptadas.

2. La declaración de actuaciones coordinadas obliga a todas las partes incluidas en ella y deberán encuadrarse en alguno de los supuestos siguientes:

   1. Responder a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública.

   2. Dar cumplimiento a acuerdos internacionales, así como a programas derivados de las exigencias de la normativa emanada de la Unión Europea, cuando su cumplimiento y desarrollo deba ser homogéneo en todo el Estado.

   Para la realización de las actuaciones coordinadas podrá acudirse, entre otros, a los siguientes mecanismos:

   a) Utilización común de instrumentos técnicos.

   b) Configuración de una Red de Laboratorios de Salud Pública.

   c) Definición de estándares mínimos en el análisis e intervención sobre problemas de salud.

   d) Coordinación de sistemas de información epidemiológica y de programas de promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades más prevalentes, cuando sus efectos trasciendan el ámbito autonómico.

3. La declaración de actuaciones coordinadas en materia de seguridad alimentaria corresponderá a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, de acuerdo con lo establecido en la Ley 11/2001, de 5 de julio.

Artículo 66. La cooperación en salud pública

El Estado y las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establecerán un plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública, dirigido a promover actividades que complementen las realizadas por las Administraciones autonómicas y locales. Dicho plan:

a) Establecerá las funciones básicas en materia de salud pública a desarrollar en todo el Estado, fundamentadas en el análisis de la situación de salud y en las estra-

tegias y compromisos adquiridos en el ámbito internacional, de acuerdo con la evidencia científica disponible.

b) Definirá la cartera de servicios y garantías correspondientes a dichos servicios.

c) Establecerá los medios y sistemas de relación entre las Administraciones públicas para facilitar la información recíproca y el seguimiento del plan.

d) Facilitará la promulgación de legislación sanitaria y la aplicación de las directivas y reglamentos de la Unión Europea que afectan a la salud pública.

e) Promoverá el desarrollo de hábitos de colaboración y participación en los que se sustente la práctica profesional.

CAPÍTULO IX

DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud

1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:

   a) El Comité Consultivo.

   b) El Foro Abierto de Salud.

   c) El Foro Virtual.

2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el Sistema Nacional de Salud.

   Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre:

   1. Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.

   2. Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.

   3. Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.

   4. Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.

   5. Cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

   El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial; asimismo, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial, formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria.

   El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe el Ministro de Sanidad y Consumo. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:

   a) Seis representantes de la Administración General del Estado.

   b) Seis representantes de las comunidades autónomas.

c) Cuatro representantes de la Administración local.

d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.

e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.

3. El Foro Abierto de Salud se constituirá, con carácter temporal, a convocatoria del Ministro de Sanidad y Consumo, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud. En él podrán participar las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine según la materia a tratar.

4. El Foro Virtual se mantendrá a través de la red informática.

Artículo 68. Redes de conocimiento

1. Las Administraciones sanitarias podrán crear redes que generen y transmitan conocimiento científico y favorezcan la participación social en las materias de su competencia. Estas redes se constituyen para servir como plataforma de difusión de la información, intercambio de experiencias y como apoyo a la toma de decisiones a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

2. El Ministerio de Sanidad y Consumo creará una infraestructura de comunicaciones que permita el intercambio de información y promueva la complementariedad de actuaciones en las siguientes materias, entre otras:

a) Información, promoción y educación para la salud.

b) Cooperación internacional.

c) Evaluación de tecnologías sanitarias.

d) Formación en salud pública y gestión sanitaria.

3. Las Administraciones públicas sanitarias apoyarán la participación en estas redes de organismos internacionales, nacionales, autonómicos, locales o del tercer sector.

CAPÍTULO X

DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL

Artículo 69. Objeto

1. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elevará anualmente una memoria de las actividades desarrolladas al Senado.

Artículo 70. Composición

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud está constituido por el Ministro de Sanidad y Consumo, que ostentará su presidencia, y por los Consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas. La vicepresidencia de este órgano la desempeñará uno de los Consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas, elegido por todos los Consejeros que lo integran. Asimismo, contará con una Secretaría, órgano de soporte permanente del Consejo, cuyo titular será propuesto por el Ministro de Sanidad y Consumo y ratificado por el mismo Consejo, y asistirá a las sesiones con voz y sin voto.

Cuando la materia de los asuntos a tratar así lo requiera podrán incorporarse al Consejo otros representantes de la Administración General del Estado o de las comunidades autónomas.

Artículo 71. Funciones

El Consejo Interterritorial es el principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre las siguientes materias:

1. En relación con funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud:

   a) El desarrollo de la cartera de servicios correspondiente al Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, así como su actualización.

   b) El establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud por parte de las comunidades autónomas.

   c) El uso tutelado al que se refiere el artículo 22 de esta ley.

   d) Los criterios marco que permitan garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

   e) Las garantías mínimas de seguridad y calidad para la autorización de la apertura y puesta en funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

   f) Los servicios de referencia del Sistema Nacional de Salud.

   g) Los criterios generales y comunes para el desarrollo de la colaboración de las oficinas de farmacia, por medio de conciertos que garanticen a los ciudadanos la dispensación en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, independientemente de su comunidad autónoma de residencia.

   h) Los criterios básicos y condiciones de las convocatorias de profesionales que aseguren su movilidad en todo el territorio del Estado.

   i) La iniciativa sectorial de investigación en salud.

   j) Los criterios, sistemas y medios de relación que permitan la información recíproca en el Sistema Nacional de Salud, así como los criterios de seguridad y accesibilidad del sistema de información.

   k) Los criterios para la elaboración y evaluación de las políticas de calidad elaboradas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

   l) La declaración de la necesidad de realizar las actuaciones coordinadas en materia de salud pública a las que se refiere esta ley.

   m) La aprobación de los planes integrales a los que se refiere esta ley.

   n) Los criterios generales sobre financiación pública de medicamentos y productos sanitarios y sus variables.

   ñ) El establecimiento de criterios y mecanismos en orden a garantizar en todo momento la suficiencia financiera del sistema y el carácter equitativo y de superación de las desigualdades que lo definen, sin perjuicio de las competencias del Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas.

   o) La definición de objetivos y estrategias de funcionamiento de los organismos y restantes estructuras de apoyo dependientes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

   p) Cualquier otra función que le atribuya ésta u otras disposiciones de carácter esencial para la configuración del Sistema Nacional de Salud.

   Las anteriores funciones se ejercerán sin menoscabo de las competencias legislativas de las Cortes Generales y, en su caso, normativas de la Administración General del Estado, así como de las competencias de desarrollo normativo, ejecutivas y organizativas de las comunidades autónomas.

2. En relación con funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud:

a) La evolución de los planes autonómicos de salud y la formulación de los planes conjuntos y del Plan integral de salud a que se refieren los artículos 71 y 74 siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

b) La evaluación de las actividades y la formación de propuestas que permitan una planificación estratégica del sector farmacéutico -industria, distribución y oficinas de farmacia- con el fin de que dichas actividades se adecuen a las necesidades del Sistema Nacional de Salud y de los ciudadanos en materia de medicamentos y prestación farmacéutica.

c) Los planes y programas sanitarios, especialmente los que se refieren a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que impliquen a todas o a una parte de las comunidades autónomas.

d) Las líneas genéricas del programa formativo de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, así como los criterios básicos de acreditación de centros y servicios para la docencia de postgrado y para la evaluación de la competencia.

e) La evaluación de las políticas de calidad implementadas en el seno del Sistema Nacional de Salud y la evaluación de la eficacia, eficiencia y seguridad de las nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos que resulten relevantes para la salud y la atención sanitaria.

f) La memoria anual sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

g) El plan de actuaciones y los resultados que arroje la gestión de los organismos o estructuras dependientes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

h) En materia de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud, cualquiera otra función que le atribuya esta u otras disposiciones.

3. En relación con funciones de coordinación del Sistema Nacional de Salud:

a) El seguimiento de las acciones de coordinación a las que se refiere el artículo 5 de esta ley.

b) Los asuntos en materia de sanidad, asistencia sanitaria, productos farmacéuticos y consumo para conformar, de manera coordinada, la voluntad del Estado en el seno de las Comunidades Europeas en estas materias, así como coordinar la implantación en el Sistema Nacional de Salud de las medidas, decisiones y orientaciones adoptadas en las Comunidades Europeas.

c) Los criterios para coordinar los programas de control de calidad y seguridad de los medicamentos establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas.

d) Los principios generales de coordinación respecto a los requisitos comunes y las condiciones para la financiación y desarrollo de los ensayos clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

e) Los criterios para la coordinación de la política general de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

f) Los acuerdos sanitarios internacionales por los que se colabore con otros países y organismos internacionales en las materias a las que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Sanidad.

g) En general, coordinar aquellos aspectos relacionados con acciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud que dispongan las leyes o que, de acuerdo con su naturaleza, precisen de una actuación coordinada de las Administraciones sanitarias públicas.

4. En relación con funciones de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas:

a) Los acuerdos entre las distintas Administraciones sanitarias para conseguir objetivos de común interés de todos los servicios de salud.

b) Los criterios generales para el desarrollo de programas que integren acciones de cooperación al desarrollo sanitario.

c) En general, todos aquellos asuntos que los miembros del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud consideren de interés general para el conocimiento y la colaboración en el seno del Consejo.

Artículo 72. Acciones sanitarias conjuntas

Las Administraciones sanitarias, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podrán establecer acuerdos de cooperación para llevar a cabo actuaciones sanitarias conjuntas en materia de protección de la salud, atención sanitaria, farmacia y productos sanitarios, recursos humanos y relaciones internacionales, entre otras. Su formalización se efectuará mediante convenios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 73. Régimen de Funcionamiento. Acuerdos

1. Para su adecuado funcionamiento, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobará su reglamento interno.

2. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por consenso.

Artículo 74. Comisiones y grupos de trabajo

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará la creación de cuantas comisiones y grupos de trabajo considere necesarios para la preparación, el estudio y desarrollo de las cuestiones sometidas a su conocimiento.

La Comisión Delegada, integrada por el Secretario General de Sanidad, que lo presidirá, un representante de cada comunidad autónoma con rango de viceconsejero o equivalente y un representante del Ministerio de Sanidad y Consumo, que actuará de secretario. La vicepresidencia la ostentará uno de los representantes de las comunidades autónomas, elegido por todos los representantes de este nivel de gobierno que la integran.

La Comisión Delegada ejercerá las funciones y adoptará las decisiones que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud le delegue y, en todo caso, actuará como órgano de apoyo y discusión previa de cuantos asuntos hayan de ser sometidos al Consejo y como órgano de coordinación técnica y administrativa en aquellas cuestiones que sean de su competencia.

Esta comisión podrá establecer las subcomisiones y grupos de trabajo que resulten necesarios para el adecuado ejercicio de sus funciones.

Artículo 75. Adscripción de organismos y estructuras de apoyo y cooperación al Consejo

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud podrán formularse las propuestas de actuación de la Agencia de Calidad, el Observatorio y el Instituto de Información Sanitaria, con el objeto de definir estrategias y objetivos para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO XI

DE LA ALTA INSPECCIÓN

Artículo 76. Funciones y actividades de la Alta Inspección

1. El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de sanidad y de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo esta-

blecido en la Constitución, en los estatutos de autonomía y en las leyes.

2. Corresponde a la Alta Inspección:

   a) Supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las comunidades autónomas y los objetivos de carácter general establecidos por el Estado.

   b) Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impidan alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

   c) Supervisar el destino y utilización de los fondos y subvenciones propios del Estado asignados a las comunidades autónomas que tengan un destino o finalidad determinada.

   d) Comprobar que los fondos correspondientes a los servicios de salud de las comunidades autónomas son utilizados de acuerdo con los principios generales de esta ley.

   e) Supervisar la adscripción a fines sanitarios de centros, servicios o establecimientos del Estado transferidos con dicha finalidad, sin perjuicio de las reordenaciones que puedan acordar las correspondientes comunidades autónomas y, en su caso, las demás Administraciones públicas.

   f) Verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sanitarios, así como de los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.

   g) Supervisar que el ejercicio de las competencias en materia de sanidad se ajusta a criterios de participación democrática de todos los interesados; a tal efecto, se estará a lo dispuesto en el artículo 5.2 de la Ley General de Sanidad.

3. Las funciones de Alta Inspección se ejercerán por los órganos del Estado competentes en materia de sanidad. Los funcionarios de la Administración del Estado que ejerzan la Alta Inspección gozarán de las consideraciones de autoridad pública a todos los efectos, y en sus actuaciones podrán recabar de las autoridades del Estado y de los órganos de las comunidades autónomas y demás Administraciones públicas la colaboración necesaria para el cumplimiento de las funciones que les estén legalmente encomendadas.

4. Cuando, como consecuencia del ejercicio de las funciones de Alta Inspección, se comprueben incumplimientos por parte de la comunidad autónoma, las autoridades sanitarias del Estado le advertirán de esta circunstancia a través del Delegado del Gobierno.

5. Si una vez efectuada dicha advertencia se comprobase que persiste la situación de incumplimiento, el Gobierno, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, requerirá formalmente al órgano competente de la comunidad autónoma para que adopte las medidas precisas.

6. Las decisiones que adopte la Administración del Estado en ejercicio de sus competencias de Alta Inspección se comunicarán siempre al máximo órgano responsable del servicio de salud de cada comunidad autónoma.

Artículo 77. Plan de inspección sanitaria

El Ministerio de Sanidad y Consumo presentará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el plan anual de actividades de la Alta Inspección, que incluirá programas reglados de inspección, aplicando técnicas de auditoría eficaces y colaborando con los servicios de inspección de las comunidades autónomas.

Artículo 78. Memoria

La Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud elaborará una memoria anual sobre el funcionamiento del sistema que deberá presentarse al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para su debate.

Artículo 79. Coordinación y cooperación de la inspección en el Sistema Nacional de Salud

La Alta Inspección del Estado establecerá mecanismos de coordinación y cooperación con los servicios de inspección de las comunidades autónomas, en especial en lo referente a la coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público, cuando razones de interés general así lo aconsejen.

Para ello, la Alta Inspección desarrollará las siguientes actividades:

a) La creación y mantenimiento de una base de datos compartida con los servicios de inspección del Sistema Nacional de Salud.

b) El desarrollo de la colaboración entre los diferentes servicios de inspección en el Sistema Nacional de Salud en programas de actuación conjunta en materia de control de evaluación de servicios y prestaciones.

c) El seguimiento, desde los ámbitos sanitarios, de la lucha contra el fraude en el Sistema Nacional de Salud, tanto en materia de la incapacidad temporal, como de los programas que se puedan promover en relación con áreas identificadas como susceptibles de generar bolsas de fraude en prestaciones o supongan desviaciones de marcada incidencia económica.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Disposición adicional primera. Competencias del Estado en relación con Ceuta y Melilla

Las referencias que en esta ley se realizan a las competencias de las comunidades autónomas se entenderán hechas al Estado en relación con las Ciudades de Ceuta y Melilla, sin perjuicio de las competencias de dichas ciudades.

Disposición adicional segunda. Asistencia sanitaria en el extranjero

Lo dispuesto en esta ley se entenderá sin perjuicio de lo establecido en la normativa específica reguladora del derecho a la asistencia sanitaria de los trabajadores españoles desplazados al extranjero al servicio de empresas españolas y del personal al servicio de la Administración pública en el extranjero.

Disposición adicional tercera. Competencias de otras Administraciones públicas en relación con las entidades sanitarias no integradas en el Sistema Nacional de Salud

El ejercicio de las acciones a las que se refiere el artículo 6 de esta ley se entiende sin perjuicio de las que correspondan a las demás Administraciones públicas competentes, en virtud de los conciertos celebrados al amparo de su legislación específica para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas.

Disposición adicional cuarta. Extensión del contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 6, las mutualidades, entidades colaboradoras y mutuas con responsabilidades de cobertura de asistencia sanitaria pública tendrán que garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como las garantías sobre accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad, información y tiempo recogidas en esta ley, de acuerdo con lo dispuesto en su normativa específica.

Disposición adicional quinta. Fondo de cohesión

El Fondo de cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y

será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Fondo de cohesión sanitaria y según se determine reglamentariamente, realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Estas políticas se desarrollarán mediante planes integrales de salud, que tendrán en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio, tales como patologías crónicas, morbimortalidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar.

Disposición adicional sexta. Transferencia a las comunidades autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias

Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud.

A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía.

Disposición adicional séptima. Cooperación al desarrollo sanitario

Para la cooperación al desarrollo sanitario en países con necesidades en materia de salud, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaborará un catálogo de recursos a disposición de programas de cooperación internacional, en coherencia con los valores de equidad y de lucha por la disminución de las desigualdades que inspiran el Sistema Nacional de Salud.

Sin perjuicio de lo previsto en el párrafo anterior, las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias, podrán elaborar y desarrollar programas de cooperación al desarrollo sanitario, a cuyo efecto podrán recabar el apoyo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional octava. Centros de referencia

En relación con los criterios para el establecimiento de los servicios de referencia se considerarán a las comunidades autónomas de Canarias y de las Illes Balears como estratégicas dentro del Sistema Nacional de Salud, y la atención en los centros de referencia que en ella se ubiquen será también financiada con cargo al Fondo de cohesión sanitaria.

Disposición adicional novena. Régimen económico y fiscal de Canarias

La aplicación de lo dispuesto en los artículos 10, 22 y 28 de esta ley, en cuanto afecta a la actividad financiera de la Comunidad Autónoma de Canarias, se llevará a cabo respetando y salvaguardando su peculiar régimen económico y fiscal, de acuerdo con lo dispuesto en la disposición adicional cuarta de la Ley 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, y en la disposición adicional tercera de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

Disposición transitoria única. Cartera de servicios

En tanto no se apruebe el real decreto por el que se desarrolle la cartera de servicios, mantendrá su vigencia el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Disposición derogatoria primera

Quedan derogados los artículos 43 y 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como cuantas otras normas de

igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en esta ley.

Disposición derogatoria segunda

Quedan derogados los artículos 1, 2 y 5, así como los apartados 3 y 4 del artículo 6, del Real Decreto 1035/1999, de 18 de junio, por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad.

Disposición final primera. Título competencial

1. Esta ley se dicta al amparo del artículo 149.1.1ª, 16ª y 17ª de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y régimen económico de la Seguridad Social.

2. Se exceptúan de lo dispuesto en el apartado anterior los siguientes preceptos:

   a) Los artículos 10, 22.3 y el último párrafo del artículo 28.2, que se dictan al amparo del artículo 149.1.14ª de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de Hacienda general y que se entenderán sin perjuicio de los regímenes forales del País Vasco y Navarra.

   b) El capítulo IV, que se dicta al amparo del artículo 149.1.15ª de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica.

   c) La sección 1ª del capítulo II, los artículos 54, 58, 60 y 63 y la disposición adicional primera, que son aplicables únicamente a la Administración General del Estado.

Disposición final segunda. Equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud

El Gobierno, en el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de esta ley, dictará las disposiciones necesarias para la creación de un órgano colegiado interministerial que informará preceptivamente aquellos asuntos que tengan trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas.

El citado informe será presentado por dicho órgano colegiado interministerial al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Por su parte, el Ministerio de Hacienda trasladará este informe al Consejo de Política Fiscal y Financiera, el cual propondrá, en su caso, las medidas necesarias para garantizar el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud.

Disposición final tercera. Modificación de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento

Se modifica el apartado 6 del artículo 94 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, que quedará redactado en los siguientes términos:

6. La financiación pública de medicamentos estará sometida al sistema de precios de referencia que se regula en este apartado.
   A estos efectos, el precio de referencia será la cuantía máxima que se financiará de las presentaciones de especialidades farmacéuticas, incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, siempre que se prescriban y dispensen a través de receta médica oficial.

   Se entiende por conjunto la totalidad de las presentaciones de especialidades farmacéuticas financiadas que tengan el mismo principio activo, entre las que existirá, al menos, una especialidad farmacéutica genérica. Quedarán excluidas de los conjuntos las formas farmacéuticas innovadoras, sin perjuicio de su financiación con fondos públicos, hasta que se autorice la especialidad farmacéutica genérica correspondiente.

   El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, determinará

dichos conjuntos, así como sus precios de referencia.

El precio de referencia será, para cada conjunto, la media aritmética de los tres costes/tratamiento/día menores de las presentaciones de especialidades farmacéuticas en él agrupadas por cada vía de administración, calculados según la dosis diaria definida. En todo caso, deberá garantizarse el abastecimiento a las oficinas de farmacia de estas especialidades farmacéuticas.

Las especialidades farmacéuticas genéricas no podrán superar el precio de referencia.

Cuando se prescriba una especialidad farmacéutica que forme parte de un conjunto y que tenga un precio superior al de referencia, en el caso de que exista especialidad farmacéutica genérica de idéntica composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación a la prescrita, el farmacéutico deberá sustituir la especialidad farmacéutica prescrita por la especialidad farmacéutica genérica de menor precio. En el caso de que no exista dicha especialidad farmacéutica genérica, el farmacéutico dispensará la especialidad farmacéutica prescrita a precio de referencia, efectuando el beneficiario, en su caso, solamente la correspondiente aportación sobre precio de referencia. En este último supuesto, el laboratorio abonará al almacén de distribución o, en su caso, a la oficina de farmacia la diferencia entre el precio de venta laboratorio autorizado y el que se corresponde con el precio de referencia.

Los servicios de salud promoverán la prescripción de genéricos y sus profesionales sanitarios colaborarán en las iniciativas para conseguir un uso racional de los medicamentos. Cuando la prescripción se efectúe por principio activo sometido a precio de referencia, el farmacéutico dispensará la especialidad farmacéutica genérica de menor precio.

Disposición final cuarta. Adaptación de la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo

El Gobierno, en el plazo de un mes a partir de la entrada en vigor de esta ley, modificará la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, con objeto de proceder a la creación del Instituto de Información Sanitaria, de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y del Observatorio del Sistema Nacional de Salud y a la supresión de las subdirecciones generales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 67.1.a) de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

Disposición final quinta. Desarrollo normativo

Se faculta al Gobierno para dictar, en el ámbito de sus competencias, cuantas disposiciones resulten necesarias para el desarrollo y ejecución de esta ley.

Disposición final sexta. Entrada en vigor

La presente ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO
(BOE 280/2003 de 22-11-2003)

LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

(BOE 280/2003 de 22-11-2003)

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La primera regulación de las profesiones sanitarias en España se produce mediado el siglo XIX, pues ya el Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino, de 24 de julio de 1848, determinaba que el ejercicio de las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria estaba comprendido dentro del ramo de la Sanidad.

Por la Ley de 28 de noviembre de 1855, sobre el Servicio General de Sanidad, se instituyeron los Jurados Médicos Provinciales de Calificación, que tenían por objeto prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometieran los profesionales en el ejercicio de sus facultades, así como regularizar sus honorarios, reprimir los abusos y establecer una severa moral médica.

Tanto la Ley de 1855 como la Instrucción General de 12 de enero de 1904, se preocuparon de reglamentar, siquiera embrionariamente, el ejercicio profesional de lo que denominaron «el arte de curar» con el establecimiento de un registro de profesionales que pusieron a cargo de los Subdelegados de Sanidad.

La entrada en vigor, ya a mediados del siglo XX, de otras leyes sanitarias, supuso el abandono del sistema de ordenación seguido hasta entonces. La Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, dedicó únicamente su base 12 a la organización profesional de médicos, practicantes y odontólogos, con una única previsión, la de la existencia de corporaciones profesionales.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, únicamente se refiere al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sin afrontar su regulación, aunque prevé, como competencia del Estado, la homologación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización de personal sanitario, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios. Ello es así porque la Ley General de Sanidad es una norma de naturaleza predominantemente organizativa, cuyo objetivo primordial es establecer la estructura y funcionamiento del sistema sanitario público en el nuevo modelo político y territorial del Estado que deriva de la Constitución de 1978.

Debido a ello, lo esencial del ejercicio de la medicina y del resto de las profesiones sanitarias, con la sola excepción de la odontología y otras profesiones relacionadas con la salud dental, a las que se refiere la Ley 10/1986, de 17 de marzo, queda deferido a otras disposiciones, ya sean las reguladoras del sistema educativo, ya las de las relaciones con los pacientes, ya las relativas a los derechos y deberes de los profesionales en cuanto tales o ya las que regulan las relaciones de servicio de los profesionales con los centros o las instituciones y corporaciones públicas y privadas.

Esta situación de práctico vacío normativo, unida a la íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, aconseja el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias.

No puede olvidarse, por otra parte, la normativa de las Comunidades Europeas, centrada en las directivas sobre reconocimiento recíproco, entre los Estados miembros, de diplomas, certificados y otros títulos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias que, en la medida que subordinan el acceso a las actividades profesionales sanitarias a la posesión de los títulos que en las directivas se precisan, introducen, indudablemente, una limitación al ejercicio profesional que ha de establecerse, en nuestro derecho interno, por norma con rango formal de ley, tal y como exige el artículo 36 de nuestra Constitución.

El contenido de la ley, en esta materia, debe de centrarse en regular las condiciones de ejercicio

y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales. En virtud de todo ello, la presente ley tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como en la privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud.

II

El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones. A pesar de dichas ambigüedades y considerando que nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

Por otra parte, existe la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión. Por ello en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.

III

Con el objetivo de cumplir los fines antes expuestos, así como el de mejor protección de la salud conforme a lo previsto en el artículo 43 de la Constitución Española, esta ley se estructura en un título preliminar y en otros cinco títulos.

El título preliminar y el título I se dirigen a determinar los aspectos esenciales del ejercicio de las profesiones sanitarias, estableciendo, de forma expresa, cuáles son tales profesiones, reservando a los correspondientes titulados el ejercicio de las mismas, determinando los ámbitos funcionales propios de cada una de ellas, y enumerando los derechos de los usuarios de sus servicios profesionales.

El título II de la ley regula la formación de los profesionales sanitarios, contemplando tanto la formación pregraduada como la especializada y, lo que es una innovación normativa de singular relevancia, la formación continuada. La exigencia de esta última, con carácter general, con efectos en el reconocimiento del desarrollo profesional del personal de los servicios sanitarios, ha de tener especial influencia en el propio desarrollo, consolidación, calidad y cohesión de nuestro sistema sanitario.

El desarrollo profesional y su reconocimiento es objeto de regulación en el título III, que establece sus principios generales, comunes y homologables en todo el Sistema Sanitario. Se sientan así las bases de un sistema imprescindible para propiciar el desarrollo del Sistema Sanitario de acuerdo con el principio de calidad asistencial y de mejora permanente de las prestaciones sanitarias, sistema que viene siendo requerido por los propios profesionales, por los servicios autonómicos de salud y por los servicios sanitarios de titularidad privada.

El ejercicio profesional en el ámbito privado se regula en el título IV de esta ley, que establece,

como principio general, la aplicación a los servicios sanitarios de tal titularidad de los criterios que se determinan en esta norma, con el fin de garantizar la máxima calidad de las prestaciones sanitarias, sea cual sea la financiación de éstas.

La ley se completa con el título V, relativo a la participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias, participación que se articula a través de la Comisión Consultiva Profesional, en la que se encuentran representados todos los estamentos profesionales.

TÍTULO PRELIMINAR

NORMAS GENERALES

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación

Esta ley regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

Las disposiciones de esta ley son aplicables tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada.

Artículo 2. Profesiones sanitarias tituladas

1. De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.

2. Las profesiones sanitarias se estructuran en los siguientes grupos:

   a) De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria, y los títulos oficiales de Especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta ley.

   b) De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley.

3. Cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria, titulada y regulada, de una determinada actividad no prevista en el número anterior, mediante norma con rango de ley.

   Conforme a lo establecido en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, tienen carácter de profesión sanitaria la de protésico dental y la de higienista dental.

4. En las normas a que se refiere el apartado 3, se establecerán los procedimientos para que el Ministerio de Sanidad y Consumo expida, cuando ello resulte necesario, una certificación acreditativa que habilite para el ejercicio profesional de los interesados.

Artículo 3. Profesionales del área sanitaria de formación profesional

1. De conformidad con el artículo 35.1 de la Constitución, son profesionales del área sanitaria de formación profesional quienes ostentan los títulos de formación profesional de la familia profesional sanidad, o los títulos o certificados equivalentes a los mismos.

2. Los profesionales del área sanitaria de formación profesional se estructuran en los siguientes grupos:

   a) De grado superior: quienes ostentan los títulos de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología, en Dietética, en Documentación Sanitaria, en Higiene Bucodental, en Imagen para el Diagnóstico, en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, en Ortoprotésica, en Prótesis Dentales, en Radioterapia, en Salud Ambiental y en Audioprótesis.

   b) De grado medio: quienes ostentan los títulos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en Farmacia.

3. Tendrán, asimismo, la consideración de profesionales del área sanitaria de formación profesional los que estén en posesión de los títulos de formación profesional que, en la familia profesional sanidad, establezca la Administración General del Estado conforme a lo previsto en el artículo 10.1 de la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional.

4. Los técnicos superiores y técnicos a los que se refiere este artículo ejercerán su actividad profesional sanitaria de acuerdo con las normas reguladoras de la formación profesional, de sus distintos niveles formativos y de su concreta titulación, en el marco del respeto a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía propias de las profesiones sanitarias contempladas en los artículos 6 y 7 de esta ley.

5. Las Administraciones Sanitarias establecerán, en los casos en que resulte procedente, los modelos para la integración e incorporación de los técnicos superiores y técnicos a que se refiere este artículo y de sus actividades profesionales sanitarias a los centros y establecimientos dependientes o adscritos a tales Administraciones, y regularán los sistemas de formación continuada y de desarrollo de los mismos.

TÍTULO I

DEL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Artículo 4. Principios generales

1. De acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución, se reconoce el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, con los requisitos previstos en esta ley y en las demás normas legales que resulten aplicables.

2. El ejercicio de una profesión sanitaria, por cuenta propia o ajena, requerirá la posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para ello o, en su caso, de la certificación prevista en el artículo 2.4, y se atendrá, en su caso, a lo previsto en ésta, en las demás leyes aplicables y en las normas reguladoras de los colegios profesionales.

3. Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias.

4. Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.

5. Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el

servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normopraxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.

6. Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.

7. El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:

   a) Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

   b) Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

   c) La eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación, requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.

   d) La continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

   e) La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

Artículo 5. Principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos

1. La relación entre los profesionales sanitarios y de las personas atendidas por ellos, se rige por los siguientes principios generales:

   a) Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

   b) Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos.

   c) Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

   d) Los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que debe atenderles.

Tanto si el ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercitará de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible. En esta situación el profesional puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atenciones sanitarias a dicha persona sólo si ello no conlleva desatención. En el ejercicio en el sistema público o privado, dicha renuncia se ejercerá de acuerdo con procedimientos regulares, establecidos y explícitos, y de ella deberá quedar constancia formal.

e) Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución.

f) Los pacientes tienen derecho a recibir información de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2. Para garantizar de forma efectiva y facilitar el ejercicio de los derechos a que se refiere el número anterior, los colegios profesionales, consejos autonómicos y consejos generales, en sus respectivos ámbitos territoriales, establecerán los registros públicos de profesionales que, de acuerdo con los requerimientos de esta ley, serán accesibles a la población y estarán a disposición de las Administraciones sanitarias. Los indicados registros, respetando los principios de confidencialidad de los datos personales contenidos en la normativa de aplicación, deberán permitir conocer el nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio y los otros datos que en esta ley se determinan como públicos.

Asimismo, podrán existir en los centros sanitarios y en las entidades de seguros que operan en el ramo de la enfermedad, otros registros de profesionales de carácter complementario a los anteriores, que sirvan a los fines indicados en el apartado anterior, conforme a lo previsto en los artículos 8.4 y 43 de esta ley.

Los criterios generales y requisitos mínimos de estos registros serán establecidos por las Administraciones sanitarias dentro de los principios generales que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que podrá acordar la integración de los mismos al del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 6. Licenciados sanitarios

1. Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel de Licenciados las siguientes:

a) Médicos: corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

b) Farmacéuticos: corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y

dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.

c) Dentistas: corresponde a los Licenciados en Odontología y a los Médicos Especialistas en Estomatología, sin perjuicio de las funciones de los Médicos Especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, las funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental y a la prevención, diagnóstico y tratamiento señalados en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud bucodental.

d) Veterinarios: corresponde a los Licenciados en Veterinaria el control de la higiene y de la tecnología en la producción y elaboración de alimentos de origen animal, así como la prevención y lucha contra las enfermedades animales, particularmente las zoonosis, y el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre pueden producir la vida animal y sus enfermedades.

3. Son, también, profesionales sanitarios de nivel Licenciado quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido, conforme a lo previsto en el artículo 19.1 de esta ley, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos u otros licenciados universitarios no incluidos en el número anterior.

   Estos profesionales desarrollarán las funciones que correspondan a su respectiva titulación, dentro del marco general establecido en el artículo 16.3 de esta ley.

4. Cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel de Licenciado, en la correspondiente norma se enunciarán las funciones que correspondan a la misma, dentro del marco general previsto en el número 1 de este artículo.

Artículo 7. Diplomados sanitarios

1. Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:

   a) Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

   b) Fisioterapeutas: corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.

   c) Terapeutas Ocupacionales: corresponde a los Diplomados universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.

   d) Podólogos: los Diplomados universitarios en Podología realizan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina.

e) Ópticos-optometristas: los Diplomados universitarios en Óptica y Optometría desarrollan las actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental, a la utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual, y a la adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas.

f) Logopedas: los Diplomados universitarios en Logopedia desarrollan las actividades de prevención, evaluación y recuperación de los trastornos de la audición, la fonación y del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina.

g) Dietistas-nutricionistas: los Diplomados universitarios en Nutrición Humana y Dietética desarrollan actividades orientadas a la alimentación de la persona o de grupos de personas, adecuadas a las necesidades fisiológicas y, en su caso, patológicas de las mismas, y de acuerdo con los principios de prevención y salud pública.

3. Cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel Diplomado, en la correspondiente norma se enunciarán las funciones que correspondan a la misma, dentro del marco general previsto en el número 1 de este artículo.

Artículo 8. Ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias

1. El ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias se regirá por las normas reguladoras del vínculo entre los profesionales y tales organizaciones, así como por los preceptos de esta y de las demás normas legales que resulten de aplicación.

2. Los profesionales podrán prestar servicios conjuntos en dos o más centros, aun cuando mantengan su vinculación a uno solo de ellos, cuando se mantengan alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida entre distintos establecimientos sanitarios. En este supuesto, los nombramientos o contratos de nueva creación podrán vincularse al proyecto en su conjunto, sin perjuicio de lo que establezca, en su caso, la normativa sobre incompatibilidades.

3. Los centros sanitarios revisarán, cada tres años como mínimo, que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en esta ley y en las demás normas aplicables, entre ellos la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales profesionales de los mismos, en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente. Los centros dispondrán de un expediente personal de cada profesional, en el que se conservará su documentación y al que el interesado tendrá derecho de acceso.

4. Para hacer posible la elección de médico que prevé el artículo 13 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 5.2 de esta ley, los centros sanitarios dispondrán de un registro de su personal médico, del cual se pondrá en conocimiento de los usuarios el nombre, titulación, especialidad, categoría y función de los profesionales.

5. En el supuesto de que, como consecuencia de la naturaleza jurídica de la relación en virtud de la cual se ejerza una profesión, el profesional hubiere de actuar en un asunto, forzosamente, conforme a criterios profesionales diferentes de los suyos, podrá hacerlo constar así por escrito, con la salvaguarda en todo caso del secreto profesional y sin menoscabo de la eficacia de su actuación y de los principios contenidos en los artículos 4 y 5 de esta ley.

Artículo 9. Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo

1. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asis-

tencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.

2. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.

3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

4. Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse.

   Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

5. Los equipos de profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de organizaciones o instituciones sanitarias serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas, por los órganos directivos y gestores de las mismas. Los centros e instituciones serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación en las tareas y funciones que les sean encomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo.

Artículo 10. Gestión clínica en las organizaciones sanitarias

1. Las Administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica, a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales.

   Tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación.

2. A los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.

3. El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Tal evaluación tendrá carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones, y tendrá efectos en la evaluación del desarrollo profesional alcanzado.

4. El desempeño de funciones de gestión clínica será objeto del oportuno reconocimiento por parte del centro, del servicio de salud y del conjunto del sistema sanitario, en la forma en que en cada comunidad autónoma se determine.

Artículo 11. Investigación y docencia

1. Toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales.

2. Las Administraciones sanitarias, en coordinación con las Administraciones educativas, promoverán las actividades de investigación y docencia en todos los centros sanitarios, como elemento esencial para el progreso del sistema sanitario y de sus profesionales.

   Los titulares de los centros sanitarios y los servicios de salud podrán formalizar convenios y conciertos con el Instituto de Salud Carlos III, con otros centros de investigación, públicos o privados, y con otras instituciones que tengan interés en la investigación sanitaria, para el desarrollo de programas de investigación, para la dotación de plazas vinculadas, o específicas de investigador, en los establecimientos sanitarios, para la designación de tutores de la investigación y para el establecimiento de sistemas específicos de formación de investigadores durante el período inmediatamente posterior a la obtención del título de especialista.

3. Los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios y las Universidades podrán formalizar los conciertos previstos en la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en el artículo 14 de esta ley, para asegurar la docencia práctica de las enseñanzas sanitarias que así lo requieran, de acuerdo con las bases generales que establezca el Gobierno para dicho régimen de conciertos, al amparo de lo establecido en la disposición adicional séptima de dicha ley orgánica.

   Los centros sanitarios acreditados para la formación especializada deberán contar con una comisión de docencia y los jefes de estudios, coordinadores docentes y tutores de la formación que resulten adecuados en función de su capacidad docente, en la forma que se prevé en el título II de esta ley.

   Los centros sanitarios acreditados para desarrollar programas de formación continuada deberán contar con los jefes de estudios, coordinadores docentes y tutores de la formación que resulten adecuados en función de las actividades a desarrollar.

TÍTULO II

DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

CAPÍTULO I

NORMAS GENERALES

Artículo 12. Principios rectores

Son principios rectores de la actuación formativa y docente en el ámbito de las profesiones sanitarias:

a) La colaboración permanente entre los organismos de las Administraciones públicas competentes en materia de educación y de sanidad.

b) La concertación de las universidades y de los centros docentes de formación profesional y las instituciones y centros sanitarios, a fin de garantizar la docencia práctica de las enseñanzas que así lo requieran.

c) La disposición de toda la estructura del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales.

d) La consideración de los centros y servicios sanitarios, también, como centros de investigación científica y de formación de los profesionales, en la medida que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines.

e) La revisión permanente de las metodologías docentes y las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.

f) La actualización permanente de conocimientos, mediante la formación continuada, de los profesionales sanitarios, como un derecho y un deber de éstos. Para ello, las instituciones y centros sanitarios facilitarán la realización de actividades de formación continuada.

g) El establecimiento, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos adquiridos por los profesionales y del funcionamiento del propio sistema de formación.

CAPÍTULO II

FORMACIÓN PREGRADUADA

Artículo 13. De la formación universitaria

1. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud informará, con carácter preceptivo, los proyectos de reales decretos por los que, conforme a lo previsto en el artículo 34 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, se establezcan los títulos oficiales y las directrices generales de sus correspondientes planes de estudios, cuando tales títulos correspondan a profesiones sanitarias.

2. Cuando así se estime necesario, para conseguir una mayor adecuación de la formación de los profesionales a las necesidades del sistema sanitario, a los avances científicos y técnicos, o a las disposiciones de la Comunidad Europea, el Ministro de Sanidad y Consumo podrá, previo acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, instar al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para que inicie el trámite de establecimiento de nuevos títulos o de revisión e incorporación de nuevas áreas de conocimiento en las directrices generales de los planes de estudio que correspondan.

3. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley Orgánica de Universidades, la determinación del número de alumnos admitidos a la formación pregraduada, responderá a las necesidades de profesionales sanitarios y a la capacidad existente para su formación.

Artículo 14. Conciertos entre las universidades y los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios

Las universidades podrán concertar con los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios que, en cada caso, resulten necesarios para garantizar la docencia práctica de las enseñanzas de carácter sanitario que así lo requieran. Las instituciones y centros sanitarios concertados podrán añadir a su denominación el adjetivo universitario.

Corresponde al Gobierno, a propuesta conjunta de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo de Coordinación Universitaria, el establecimiento de las bases generales a las que habrán de adaptarse los indicados conciertos, en las que se preverá la participación del órgano competente de las comunidades autónomas en los conciertos singulares que, conforme a aquéllas, se suscriban entre Universidades e instituciones sanitarias.

CAPÍTULO III

FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN CIENCIAS DE LA SALUD

SECCIÓN 1ª

OBJETO Y DEFINICIONES

Artículo 15. Carácter y objeto de la formación especializada

1. La formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial.

2. La formación especializada en Ciencias de la Salud tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

Artículo 16. Títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud

1. Corresponde al Gobierno, a propuesta de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la organización u organizaciones colegiales que correspondan, el establecimiento de los títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud, así como su supresión o cambio de denominación.

2. El título de Especialista tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado.

3. Sin perjuicio de las facultades que asisten a los profesionales sanitarios citados en los artículos 6.2 y 7.2 de esta ley, ni de los derechos reconocidos, por norma legal o reglamentaria, a quienes se encuentran habilitados para desempeñar plaza de especialista sin el correspondiente título, la posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados.

Artículo 17. Expedición del título de especialista

1. Los títulos de especialista en Ciencias de la Salud serán expedidos por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

2. La obtención del título de especialista requiere:

a) Estar en posesión del título de Licenciado o Diplomado Universitario que, en cada caso, se exija.

b) Acceder al sistema de formación que corresponda, así como completar éste en su integridad de acuerdo con los programas de formación que se establezcan, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 23 de esta ley para el supuesto de nueva especialización.

c) Superar las evaluaciones que se determinen y depositar los derechos de expedición del correspondiente título.

Artículo 18. Reconocimiento profesional de títulos de especialista obtenidos en Estados extranjeros

1. El Gobierno, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá los supuestos y procedimientos para el reconocimiento en España de títulos de especialista obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea, conforme a lo que, en su caso, establezcan los tratados y convenios internacionales que resulten de aplicación.

2. El reconocimiento de títulos de especialista previsto en el número anterior, tendrá efectos profesionales, pero no académicos. Para que estos últimos efectos se produzcan y tales títulos habiliten para acceso a cuerpos docentes universitarios y a plazas vinculadas en hospitales, será necesaria su previa homologación por el procedimiento que establezca el Gobierno a propuesta del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

3. El reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en Estados miembros de la Unión Europea, o en Estados en los que resulte de aplicación la libre circulación de trabajadores y la libertad de establecimiento y libre prestación de servicios de los profesionales, se atendrá a lo que establezcan las normas comunitarias reguladoras de dicho reconocimiento.

SECCIÓN 2ª

DE LA ESTRUCTURA Y LA FORMACIÓN EN LAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD

Artículo 19. Estructura general de las especialidades

1. Podrán establecerse especialidades en Ciencias de la Salud para los profesionales expresamente citados en los artículos 6 y 7 de esta ley.

También podrán establecerse especialidades en Ciencias de la Salud para otros titulados universitarios no citados en los preceptos mencionados, cuando su formación de pregrado se adecue al campo profesional de la correspondiente especialidad.

2. Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años.

3. El Gobierno, al establecer los títulos de especialista en Ciencias de la Salud, determinará el título o títulos necesarios para acceder a cada una de las especialidades, así como el tronco en el que, en su caso, se integran.

Artículo 20. Sistema de formación de especialistas

1. La formación de especialistas en Ciencias de la Salud implicará tanto una formación teórica y práctica como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades propias de la especialidad de que se trate.

2. La formación tendrá lugar por el sistema de Residencia en centros acreditados.

   En todo caso, los centros o unidades en los que se desarrolle la formación deberán estar acreditados conforme a lo previsto en el artículo 26.

3. La formación mediante residencia se atendrá a los siguientes criterios:

   a) Los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo. La formación mediante residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado.

   b) La duración de la residencia será la fijada en el programa formativo de la especialidad y se señalará conforme a lo que dispongan, en su caso, las normas comunitarias.

   c) La actividad profesional de los residentes será planificada por los órganos de dirección conjuntamente con las comisiones de docencia de los centros de forma tal que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias del centro sanitario.

   d) Los residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa, asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad.

   e) Las actividades de los residentes, que deberá figurar en el Libro de Residente, serán objeto de las evaluaciones que reglamentariamente se determinen. En todo caso existirán evaluaciones anuales y una evaluación final al término del período de formación.

   f) Durante la residencia se establecerá una relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación. El Gobierno, atendiendo a las características específicas de la actividad formativa y de la actividad asistencial que se desarrolla en los centros sanitarios, y de acuerdo con los criterios que figuran en este capítulo y en la disposición adicional primera de esta ley, regulará la relación laboral especial de residencia.

4. Los principios establecidos en el número anterior y los demás que figuran en las secciones 1ª y 2ª de este capítulo, podrán ser adaptados por el Gobierno a las específicas características de la formación especializada en Ciencias de la Salud de las profesiones previstas en los artículos 6.2, apartados b), c) y d), 6.3 y 7 de esta Ley.

Artículo 21. Programas de formación

1. Los programas de formación de las especialidades en Ciencias de la Salud deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se dividirá el programa formativo.

2. Los programas de formación serán elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad. Una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, serán aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

   Los programas de formación serán periódicamente revisados y actualizados por el procedimiento previsto en el párrafo anterior.

   Una vez aprobados, los programas de formación se publicarán en el «Boletín Oficial del Estado» para general conocimiento.

3. Cuando se trate de especialidades de un mismo tronco, el programa del período de formación común se elaborará por una comisión específica compuesta por representantes de las Comisiones Nacionales de las especialidades correspondientes.

4. En el caso de especialidades pluridisciplinares, los programas de formación podrán prever trayectos de formación específica en función de las titulaciones de procedencia.

Artículo 22. Acceso a la formación especializada

1. El acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará a través de una convocatoria anual de carácter nacional.

2. El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, establecerá las normas que regularán la convocatoria anual que, en todo caso, consistirá en una prueba o conjunto de pruebas que evaluará conocimientos teóricos y prácticos y las habilidades clínicas y comunicativas, así como en una valoración de los méritos académicos y, en su caso, profesionales, de los aspirantes.

   Las pruebas serán específicas para las distintas titulaciones académicas que puedan acceder a las diferentes especialidades. Asimismo, podrán establecerse pruebas específicas por especialidades troncales.

3. El acceso de las personas con discapacidad a la formación sanitaria especializada, siempre que el grado de discapacidad sea compatible con el desempeño de las funciones correspondientes a la especialidad a la que se opta, se inspirará en los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y compensación de desventajas, procediéndose, en su caso, a la adaptación de las pruebas a las necesidades especiales y singularidades de estas personas.

4. Reglamentariamente se determinará el sistema de adjudicación de todas las plazas ofertadas en la convocatoria anual, que se efectuará de acuerdo al orden decreciente de la puntuación obtenida por cada aspirante, con las peculiaridades que se establezcan respecto a las plazas de centros de titularidad privada.

5. La oferta de plazas de la convocatoria anual se fijará, previos informes del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, atendiendo a las propuestas realizadas por las comunidades autónomas, a las necesidades de especialistas del sistema sanitario y a las disponibilidades presupuestarias.

Artículo 23. Formación para una nueva especialización

Los Especialistas en Ciencias de la Salud con, al menos, cinco años de ejercicio profesional como tales, podrán obtener un nuevo título de

especialista, en especialidad del mismo tronco que la que posean, por el procedimiento que se determine reglamentariamente, que en todo caso contendrá una prueba para la evaluación de la competencia del aspirante en el campo de la nueva especialidad.

El período de formación en la nueva especialidad y el programa a desarrollar durante el mismo se definirá mediante la adaptación del programa formativo general al currículum formativo y profesional del interesado.

No se podrá acceder al tercer y sucesivos títulos de especialista por este procedimiento hasta transcurridos, al menos, ocho años desde la obtención del anterior.

Artículo 24. Áreas de Capacitación Específica

1. El Gobierno, de acuerdo con el procedimiento señalado en el artículo 16.1, podrá establecer Áreas de Capacitación Específica dentro de una o varias Especialidades en Ciencias de la Salud.

2. El Diploma de Área de Capacitación específica tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado. Se expedirá por el Ministerio de Sanidad y Consumo y su posesión será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista con capacitación específica en el área. Podrá ser valorado como mérito para acceder a puestos de trabajo de alta especialización en centros o establecimientos públicos y privados.

Artículo 25. Formación en Áreas de Capacitación Específica

Reglamentariamente se establecerán los supuestos y requisitos para que los Especialistas en Ciencias de la Salud puedan acceder al Diploma de Área de Capacitación Específica, siempre que dicha área se hubiera constituido en la especialidad correspondiente, y acrediten, al menos, cinco años de ejercicio profesional en la especialidad.

El acceso al indicado diploma podrá producirse mediante una formación programada, o a través del ejercicio profesional específicamente orientado al área correspondiente, acompañado de actividades docentes o discentes de formación continuada en dicha área, y, en todo caso, tras la evaluación de la competencia profesional del interesado de acuerdo con los requerimientos previstos en el artículo 29.

SECCIÓN 3ª

ESTRUCTURA DE APOYO A LA FORMACIÓN

Artículo 26. Acreditación de centros y unidades docentes

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Educación, Cultura y Deporte, a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud adoptada previo informe del Foro Profesional previsto en el artículo 35.3.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y mediante orden que se publicará en el «Boletín Oficial del Estado», establecerán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los centros o unidades para la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud.

2. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordinará las auditorías, informes y propuestas necesarios para acreditar los centros y unidades docentes y para evaluar el funcionamiento y la calidad del sistema de formación, para lo cual podrá recabar la colaboración de las agencias de calidad de las comunidades autónomas y de los servicios de inspección de éstas.

3. Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, a instancia de la entidad titular del centro, previos informes de la comisión de docencia de éste y de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma, y de acuerdo con los informes y propuestas a que se refiere el apartado anterior, resolver sobre las solicitudes de acreditación de centros y unidades docentes.

La acreditación especificará, en todo caso, el número de plazas docentes acreditadas.

4. La revocación, total o parcial, de la acreditación concedida se realizará, en su caso, por el mismo procedimiento, oído el centro afectado y su comisión de docencia.

Artículo 27. Comisiones de docencia

1. En cada centro sanitario o, en su caso, unidades docentes, acreditado para la formación de especialistas existirá una comisión de docencia cuya misión será la de organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que se especifican en los programas.

   La comisión de docencia tendrá también las funciones de facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, y la de planificar su actividad profesional en el centro conjuntamente con los órganos de dirección de éste.

2. Las comunidades autónomas, dentro de los criterios generales que fije la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, determinarán la dependencia funcional, la composición y las funciones de las comisiones de docencia. En todo caso, en las comisiones de docencia existirá representación de los tutores de la formación y de los residentes.

Artículo 28. Comisiones Nacionales de Especialidad

1. Por cada una de las Especialidades en Ciencias de la Salud, y como órgano asesor de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo en el campo de la correspondiente especialidad, se constituirá una Comisión Nacional designada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con la siguiente composición:

   a) Dos vocales propuestos por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, uno, al menos, de los cuales deberá ostentar la condición de tutor de la formación en la correspondiente especialidad.

   b) Cuatro vocales de entre los especialistas de reconocido prestigio que proponga la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

   c) Dos vocales en representación de las entidades y sociedades científicas de ámbito estatal legalmente constituidas en el ámbito de la especialidad.

   d) Dos vocales en representación de los especialistas en formación, elegidos por éstos en la forma que se determine reglamentariamente.

   e) Un vocal en representación de la organización colegial correspondiente. Si la especialidad puede ser cursada por distintos titulados, la designación del representante se efectuará de común acuerdo por las corporaciones correspondientes.

2. En el caso de especialidades pluridisciplinares, el Gobierno podrá ampliar el número de los vocales previstos en el párrafo b) del apartado anterior, con el fin de asegurar la adecuada representación de los distintos titulados que tengan acceso a la correspondiente especialidad.

3. Todos los miembros de la comisión, salvo los previstos en el apartado 1.d), deberán encontrarse en posesión del correspondiente título de especialista.

4. Los miembros de la comisión previstos en los párrafos a), b), c) y e) del apartado 1 de este artículo serán designados para un período de cuatro años, y sólo podrán ser designados nuevamente para otro período de igual duración.

   No obstante, cesarán en sus funciones cuando así lo acuerde el departamento o comisión que los propuso o la sociedad o corporación a la que representan.

5. El mandato de los miembros de la comisión previstos en el apartado 1.d) de este artículo será de dos años.

6. El Ministerio de Sanidad y Consumo, por resolución motivada y oída previamente la correspondiente comisión, podrá acordar el cese de todos los miembros de la misma o de parte de ellos, cuando la comisión no cumpla adecuadamente sus funciones.

7. Cada comisión elegirá, de entre sus miembros, al Presidente y al Vicepresidente.

8. Reglamentariamente se determinarán las funciones de las Comisiones Nacionales de Especialidad, que en todo caso desarrollarán, dentro de los criterios comunes que, en su caso, determine el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, las siguientes:

   a) La elaboración del programa formativo de la especialidad.

   b) El establecimiento de los criterios de evaluación de los especialistas en formación.

   c) El establecimiento de los criterios para la evaluación en el supuesto de nueva especialización previsto en el artículo 23.

   d) La propuesta de creación de áreas de capacitación específica.

   e) El establecimiento de criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas.

   f) El informe sobre programas y criterios relativos a la formación continuada de los profesionales, especialmente los que se refieran a la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en áreas funcionales específicas dentro del campo de la especialidad.

   g) La participación en el diseño de los planes integrales dentro del ámbito de la correspondiente especialidad.

   h) Las que se señalan expresamente en esta ley o se determinen en las disposiciones reglamentarias dictadas en su desarrollo.

Artículo 29. Comités de Áreas de Capacitación Específica

Cuando exista un Área de Capacitación Específica, la Comisión o Comisiones Nacionales de la Especialidad o Especialidades en cuyo seno el área se constituya designarán un Comité del Área compuesto por seis especialistas.

El Comité desarrollará las funciones que reglamentariamente se determinen y, en todo caso, las de propuesta de los contenidos del programa de formación y las de evaluación de los especialistas que aspiren a obtener el correspondiente Diploma del Área de Capacitación Específica.

Artículo 30. Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

1. El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud tendrá la siguiente composición:

   a) Los Presidentes de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad en Ciencias de la Salud.

   b) Dos especialistas por cada uno de los títulos universitarios que tengan acceso directo a alguna especialidad en Ciencias de la Salud, elegidos, para un período de dos años, uno por los miembros de las Comisiones Nacionales que ostenten el título de que se trate, y otro por la Organización Colegial de entre dichos miembros.

   c) Dos representantes del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

   d) Dos representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

   e) Dos representantes de las comunidades autónomas designados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

2. El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud elegirá, de entre sus miembros, al Presidente y al Vicepresidente.

3. El Consejo funcionará en Pleno o en las comisiones y grupos de trabajo que el propio Consejo decida constituir. En todo caso, se constituirán las siguientes:

   a) La Comisión Permanente, que tendrá las funciones que el Pleno del Consejo le delegue.

   b) Una Comisión Delegada del Consejo por cada una de las titulaciones o agrupaciones de especialidades que se determinen.

4. El Consejo aprobará su propio reglamento de régimen interior, que se adaptará a lo dispuesto respecto a los órganos colegiados en la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. No obstante, el voto de cada uno de los miembros del Consejo se ponderará en función de la composición concreta del mismo, atendiendo a criterios de proporcionalidad respecto al número de especialistas representados.

5. Corresponde al Consejo la coordinación de la actuación de las Comisiones Nacionales de Especialidades, la promoción de la investigación y de las innovaciones técnicas y metodológicas en la especialización sanitaria, y la superior asistencia y asesoramiento técnico y científico al Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de formación sanitaria especializada.

6. El Consejo elegirá, de entre sus miembros, cuatro vocales de la Comisión Consultiva Profesional.

Artículo 31. Apoyo técnico y secretaría de las comisiones

1. Corresponde a los centros sanitarios acreditados para la formación de especialistas, respecto de las comisiones de docencia constituidas en los mismos, y al Ministerio de Sanidad y Consumo, respecto de las Comisiones Nacionales y del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, facilitar el apoyo técnico y administrativo que resulte necesario para su funcionamiento.

2. Las funciones de secretario, con voz pero sin voto, de los órganos colegiados a que se refiere el apartado anterior y de las comisiones y grupos de trabajo que, en su caso, se constituyan, serán desempeñadas por quien designe la Dirección del centro o el Ministerio de Sanidad y Consumo, según corresponda.

Artículo 32. Registros

1. En el Registro Nacional de Especialistas en Formación serán inscritos éstos cuando comiencen su formación especializada y en él se anotarán los resultados de sus evaluaciones anuales y final.

2. En el Registro Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud se inscribirán todos los profesionales que obtengan un título de Especialista así como a quienes vean homologado o reconocido un título obtenido en el extranjero.

   En el Registro Nacional de Especialistas con Diploma de Capacitación Específica se inscribirán todos los especialistas que lo obtengan o que vean reconocido a los mismos efectos profesionales un título o diploma obtenido en el extranjero.

   Los indicados registros tendrán carácter público en lo relativo a la identidad de los interesados, al título o diploma que ostentan y a las fechas de su obtención, reconocimiento u homologación.

3. En el registro de centros acreditados para la formación de especialistas serán inscritos todos los centros acreditados para impartir dicha formación.

   Este registro tendrá carácter público.

4. Los registros a los que se refiere este artículo se gestionarán por el Ministerio de Sanidad y Consumo, salvo el previsto en el primer párrafo del apartado 2, que se gestionará por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y se integrarán en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, que hará públicos los datos agregados e integrados de los mismos, así como

los que resulten de su tratamiento estadístico, de acuerdo con los principios generales que se establezcan por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO IV

FORMACIÓN CONTINUADA

Artículo 33. Principios generales

1. La formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

2. Son objetivos de la formación continuada:

   a) Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.

   b) Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.

   c) Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.

   d) Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.

   e) Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

Artículo 34. Comisión de Formación Continuada

1. Con el fin de armonizar el ejercicio de las funciones que las Administraciones sanitarias públicas y demás instituciones y organismos ostentan en materia de formación continuada, así como de coordinar las actuaciones que se desarrollen en dicho campo, se constituye la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.

2. Formarán parte de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias las Administraciones públicas presentes en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

   Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior, la Comisión incorporará también representación de los Colegios Profesionales, de las Universidades, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de las sociedades científicas, en la forma en que reglamentariamente se determine.

3. La Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias elegirá a su Presidente y aprobará su reglamento de régimen interior. Su régimen de funcionamiento se adaptará a lo establecido para los órganos colegiados en el capítulo II del título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas.

   El Ministerio de Sanidad y Consumo prestará el apoyo técnico y administrativo necesario para el funcionamiento de la Comisión, y nombrará a su Secretario, que tendrá voz pero no voto en las reuniones de ésta.

4. La Comisión de Formación Continuada desarrollará las siguientes funciones:

   a) Las de detección, análisis, estudio y valoración de las necesidades de los profesionales y del sistema sanitario en materia de

formación continuada, de acuerdo con las propuestas de los órganos competentes de las comunidades autónomas, de las sociedades científicas y, en su caso, de las organizaciones profesionales representadas en la Comisión Consultiva Profesional.

b) Las de propuesta para la adopción de programas o para el desarrollo de actividades y actuaciones de formación continuada de carácter prioritario y común para el conjunto del sistema sanitario.

c) Las de propuesta de adopción de las medidas que se estimen precisas para planificar, armonizar y coordinar la actuación de los diversos agentes que actúan en el ámbito de la formación continuada de los profesionales sanitarios.

d) Las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación de centros y actividades de formación continuada.

e) Las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada.

Artículo 35. Acreditación de centros, actividades y profesionales

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán acreditar actividades y programas de actuación en materia de formación continuada de los profesionales sanitarios, así como, con carácter global, centros en los que las mismas se impartan.

   La acreditación, que deberá realizarse necesariamente de acuerdo con los requisitos, procedimiento y criterios establecidos conforme a lo previsto en el artículo 34.4.d), tendrá efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la Administración Pública que expidió la acreditación.

2. En cualquier momento las Administraciones públicas podrán auditar y evaluar los centros y las actividades de formación continuada que hubieran acreditado.

3. Sólo podrán ser subvencionados con cargo a fondos públicos los centros y las actividades de formación continuada que estén acreditados conforme a lo previsto en este artículo.

   A partir de la entrada en vigor de la presente ley, sólo podrán ser tomadas en consideración en la carrera de los profesionales sanitarios las actividades de formación continuada que hubieran sido acreditadas. Las actividades de formación continuada de los profesionales sanitarios previas a la entrada en vigor de la ley y que no hubieran sido acreditadas serán objeto de consideración por los comités encargados de valorar los méritos a dichos efectos.

4. El Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas podrán delegar las funciones de gestión y acreditación de la formación continuada, incluyendo la expedición de certificaciones individuales, en otras corporaciones o instituciones de derecho público, de conformidad con lo que dispone esta ley y las normas en cada caso aplicables.

   Los organismos de acreditación de la formación continuada habrán de ser, en todo caso, independientes de los organismos encargados de la provisión de las actividades de formación acreditadas por aquéllos.

5. Las credenciales de los profesionales y sus revisiones no sustituirán los procedimientos de formación, conocimientos y habilidades, que serán necesarios para determinar los mecanismos de promoción y contratación.

Artículo 36. Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada

1. Las Administraciones sanitarias públicas podrán expedir Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada, para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en función de las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas por el interesado en el área funcional correspondiente.

   Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada, que deberán expedirse necesariamente de acuerdo con los requisitos, procedimiento y criterios establecidos conforme a lo previsto en el artículo 34.4.e), tendrán efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la Administración pública que expidió el diploma.

2. Las Administraciones sanitarias públicas establecerán los registros necesarios para la inscripción de los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada que expidan. Tales registros tendrán carácter público en lo relativo a la identidad del interesado, al diploma o diplomas que ostente y a la fecha de obtención de éstos.

3. Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada serán valorados como mérito en los sistemas de provisión de plazas cuando así se prevea en la normativa correspondiente.

TÍTULO III

DEL DESARROLLO PROFESIONAL Y SU RECONOCIMIENTO

Artículo 37. Normas generales

1. Se constituye el sistema de reconocimiento del desarrollo profesional de los profesionales sanitarios a que se refieren los artículos 6 y 7 de esta ley, consistente en el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios.

2. Sin perjuicio de las facultades y funciones para las que habilite el correspondiente título oficial, el reconocimiento del desarrollo profesional será público y con atribución expresa del grado alcanzado por cada profesional en el ejercicio del conjunto de funciones que le son propias.

3. Podrán acceder voluntariamente al sistema de desarrollo profesional los profesionales que estén establecidos o presten sus servicios dentro del territorio del Estado.

Artículo 38. Desarrollo profesional

1. Las Administraciones sanitarias regularán, para sus propios centros y establecimientos, el reconocimiento del desarrollo profesional, dentro de los siguientes principios generales:

   a) El reconocimiento se articulará en cuatro grados.

      Las Administraciones sanitarias, no obstante, podrán establecer un grado inicial, previo a los anteriormente indicados. La creación de este grado inicial deberá comportar su homologación de acuerdo con lo previsto en el artículo 39 de esta ley.

   b) La obtención del primer grado, y el acceso a los superiores, requerirá la evaluación favorable de los méritos del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación. La evaluación habrá de tener en cuenta también los resultados de la actividad asistencial del interesado, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica definidas en el artículo 10 de esta ley.

c) Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional. La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, cinco años desde la precedente evaluación positiva. En caso de evaluación negativa, el profesional podrá solicitar una nueva evaluación transcurridos dos años desde ésta.

d) La evaluación se llevará a cabo por un comité específico creado en cada centro o institución. El comité estará integrado, en su mayoría, por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, y habrá de garantizarse la participación en el mismo de representantes del servicio o unidad de pertenencia del profesional evaluado, así como de evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas de su ámbito de competencia.

e) Los profesionales tendrán derecho a hacer constar públicamente el grado de desarrollo profesional que tengan reconocido.

f) Dentro de cada servicio de salud, estos criterios generales del sistema de desarrollo profesional, y su repercusión en la carrera, se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos.

2. Los centros sanitarios privados en los que existan profesionales sanitarios que presten servicios por cuenta ajena establecerán, en la medida en que lo permita la capacidad de cada centro, procedimientos para el reconocimiento del desarrollo profesional y la carrera de los mismos, que se adecuarán a los criterios fijados en este título.

   Los procedimientos a que se refiere el párrafo anterior serán supervisados, en su implantación y desarrollo, por la Administración sanitaria correspondiente.

   En cada centro se deberá conservar la documentación de evaluación de los profesionales de cada servicio o unidad de éste.

3. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad exclusivamente a través del ejercicio profesional por cuenta propia podrán acceder voluntariamente a los procedimientos de reconocimiento del desarrollo profesional, en la forma en que se determine por la correspondiente Administración sanitaria. En todo caso, dichos profesionales deberán superar las mismas evaluaciones que se establezcan para quienes presenten servicios por cuenta ajena en centros sanitarios.

Artículo 39. Homologación del reconocimiento del desarrollo profesional

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos y oída la Comisión Consultiva Profesional, establecerá los principios y criterios generales para la homologación del reconocimiento del desarrollo profesional en todo el Sistema Nacional de Salud, especialmente en lo relativo a las denominaciones de los distintos grados, a los sistemas de valoración de los méritos, a la composición de los comités de evaluación y al reconocimiento mutuo de los grados alcanzados por los profesionales de los distintos servicios de salud.

TÍTULO IV

DEL EJERCICIO PRIVADO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Artículo 40. Modalidades y principios generales del ejercicio privado

1. En el ámbito de la sanidad privada, los profesionales sanitarios podrán ejercer su actividad por cuenta propia o ajena.

2. La prestación de servicios por cuenta propia o ajena podrá efectuarse mediante cualquiera de las formas contractuales previstas en el ordenamiento jurídico.

3. Los servicios sanitarios de titularidad privada estarán dotados de elementos de control que garanticen los niveles de calidad profe-

sional y de evaluación establecidos en esta ley de acuerdo con los siguientes principios:

a) Derecho a ejercer la actividad profesional adecuada a la titulación y categoría de cada profesional.

b) Respeto a la autonomía técnica y científica de los profesionales sanitarios.

c) Marco de contratación estable, motivación para una mayor eficiencia y estímulos para el rendimiento profesional.

d) Participación en la gestión y organización del centro o unidad a la que pertenezca.

e) Derecho y deber de formación continuada.

f) Evaluación de la competencia profesional y de la calidad del servicio prestado.

g) Garantizar la responsabilidad civil profesional bien a través de entidad aseguradora, bien a través de otras entidades financieras autorizadas a conceder avales o garantías.

h) Libre competencia y transparencia del sistema de contratación.

i) Libertad de prescripción, atendiendo a las exigencias del conocimiento científico y a la observancia de la ley.

Artículo 41. Prestación de servicios por cuenta ajena

1. Los profesionales sanitarios que presten su actividad en centros o servicios sanitarios privados por cuenta ajena tienen derecho a ser informados de sus funciones, tareas y cometidos, así como de los objetivos asignados a su unidad y centro sanitario y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos.

2. Dichos profesionales sanitarios se hallan obligados a ejercer la profesión, o desarrollar el conjunto de las funciones que tengan asignadas, con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, profesionales, éticos y deontológicos que sean aplicables.

3. Asimismo se encuentran obligados a mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su titulación.

4. La evaluación regular de competencias y los sistemas de control de calidad previstos en esta ley serán aplicados en los centros privados que empleen profesionales sanitarios mediante el régimen de prestación de servicios por cuenta ajena. El sistema de desarrollo profesional se articulará en estos centros conforme a lo establecido para los mismos en el título III de esta ley.

Artículo 42. Prestación de servicios por cuenta propia

1. Con el fin de garantizar la titulación oficial de profesionales y especialistas, la calidad y seguridad de los equipamientos e instalaciones, y la sujeción a la disciplina profesional y a los otros requisitos y garantías que se determinan en esta ley, todos los contratos de prestación de servicios sanitarios, así como sus modificaciones, que se celebren entre profesionales sanitarios, entre profesionales y centros sanitarios o entre profesionales y entidades de seguros que operen el ramo de enfermedad, se formalizarán por escrito.

2. Los profesionales sanitarios que ejerzan exclusivamente mediante la prestación de servicios por cuenta propia podrán acceder voluntariamente al sistema de desarrollo profesional en la forma prevista en el título III de esta ley.

Artículo 43. Registros de profesionales

Los centros sanitarios y las entidades de seguros que operen el ramo de enfermedad a que se refieren los artículos 41 y 42 establecerán y mantendrán actualizado un registro de los pro-

fesionales sanitarios con los que mantengan contratos de prestación de servicios por cuenta propia o ajena.

Conforme a lo previsto en el artículo 5.2 de esta ley, dicho registro será público en lo que se refiere al nombre, titulación, especialidad y, en su caso, categoría y función del profesional.
Los criterios generales y requisitos mínimos de dichos registros serán establecidos por las comunidades autónomas dentro de los principios que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que podrá acordar la integración de los mismos al Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 44. Publicidad del ejercicio profesional privado

1. La publicidad de los servicios y prestaciones ofrecidos al público por los profesionales sanitarios deberá respetar rigurosamente la base científica de las actividades y prescripciones, y será objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.

2. Los profesionales sanitarios podrán facilitar a los medios de comunicación, o expresar directamente en ellos, informaciones sobre sus actividades profesionales, siempre que la información facilitada sea verídica, discreta, prudente y se manifieste de manera fácilmente comprensible para el colectivo social al que se dirige.

3. No podrán ser objeto de publicidad las actividades o productos sanitarios no autorizados, o sobre los que no exista evidencia de sus efectos beneficiosos para el ser humano, quedando prohibida la publicidad de productos y servicios de carácter creencial y de los productos-milagro.

4. El incumplimiento y, en su caso, la sanción que corresponda, de lo dispuesto en los apartados anteriores se exigirá de acuerdo con la Ley 14/1986, General de Sanidad, y, en lo que sean de aplicación, con las Leyes 26/1984, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y 34/1988, General de Publicidad.

Artículo 45. Seguridad y calidad en el ejercicio profesional privado

1. Las consultas profesionales deberán cumplir los requisitos de autorización y acreditación que, atendiendo a las específicas características de las mismas, determinen los órganos competentes de las comunidades autónomas.

2. Las garantías de seguridad y calidad son aplicables a todas las actividades sanitarias privadas, con independencia de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento.

   Corresponde a las Administraciones sanitarias públicas, respecto de los profesionales y centros establecidos en su ámbito geográfico, velar por el cumplimiento de las garantías a que se refiere el párrafo anterior, para lo cual podrán recabar la colaboración de agencias de calidad u organismos equivalentes, o de los colegios profesionales en el caso de las consultas profesionales en los términos que reglamentariamente se determinen.

Artículo 46. Cobertura de responsabilidad

Los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, determinarán las condiciones esenciales del aseguramiento, con la participación de los profesionales y del resto de los agentes del sector.

En el supuesto de profesiones colegiadas, los colegios profesionales podrán adoptar las medidas necesarias para facilitar a sus colegiados el cumplimiento de esta obligación.

TÍTULO V

DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Artículo 47. Comisión Consultiva Profesional

1. La Comisión Consultiva Profesional es el órgano de participación de los profesionales en el sistema sanitario y en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.

2. En relación con el desarrollo profesional, las funciones de la Comisión abarcarán los ámbitos relativos a la formación, al sistema de su reconocimiento y la evaluación de competencias.

Artículo 48. Composición y adscripción

1. La Comisión Consultiva Profesional tiene la siguiente composición:

   a) Cuatro representantes del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, designados por el propio Consejo.

   b) Dos representantes de cada una de las profesiones sanitarias a las que se refieren el artículo 6.2, párrafos a) y b), y el artículo 7.2, párrafo a), de esta ley, designados por los correspondientes Consejos Generales de Colegios.

   c) Un representante de cada una de las profesiones sanitarias a las que se refiere el artículo 6.2, párrafos c) y d) de esta ley, designado por los correspondientes Consejos Generales de Colegios.

   d) Un representante de las profesiones sanitarias a las que se refiere el artículo 6.3 de esta ley, designado de común acuerdo por los Consejos Generales de Colegios o por los Colegios Nacionales de las correspondientes profesiones.

   e) Un representante de las profesiones sanitarias a las que se refiere el artículo 7.2, párrafos b) a g), de esta ley, designado de común acuerdo por los Consejos Generales de Colegios o por los Colegios Nacionales de las correspondientes profesiones.

   f) Un representante de las profesiones sanitarias a las que se refiere el artículo 2.3, segundo párrafo, de esta ley, designado de común acuerdo por los Consejos Generales de Colegios o, en su defecto, las organizaciones científicas.

   g) Un representante del conjunto de profesionales sanitarios a que se refiere el artículo 3.2.a) de esta ley, designado de común acuerdo por las organizaciones científicas y Colegios oficiales de los mismos.

   h) Un representante del conjunto de profesionales sanitarios a que se refiere el artículo 3.2.b) de esta ley, designado de común acuerdo por las organizaciones científicas de los mismos.

   i) Cuatro profesionales sanitarios de reconocido prestigio en el ámbito asistencial designados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

   j) Dos profesionales sanitarios de reconocido prestigio en el ámbito asistencial designados por las asociaciones y entidades que operen en la sanidad privada.

2. Los miembros de la Comisión Consultiva Profesional serán designados para un período de cuatro años, y podrán ser nuevamente designados únicamente para otro período de la misma duración.

   No obstante, los miembros de la Comisión cesarán en sus funciones cuando así lo acuerden los órganos, corporaciones o

asociaciones que acordaron su nombramiento.

3. La Comisión Consultiva Profesional está adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo, que prestará el apoyo técnico y administrativo necesario para su correcto funcionamiento.

Artículo 49. Régimen de funcionamiento

1. La Comisión Consultiva Profesional aprobará su propio Reglamento de régimen interior, que se adaptará a lo dispuesto sobre el funcionamiento de los órganos colegiados en la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

2. La Comisión elegirá, de entre sus miembros, al Presidente y al Vicepresidente.

3. Las funciones de Secretario de la Comisión, con voz pero sin voto en sus reuniones, serán desempeñadas por el funcionario que designe el Ministerio de Sanidad y Consumo.

4. La Comisión funcionará en Pleno y en las comisiones y grupos de trabajo que la propia Comisión decida constituir.

5. El Pleno de la Comisión se reunirá, al menos, dos veces al año.

Artículo 50. Funciones

La Comisión Consultiva Profesional desarrollará las funciones de asesoramiento en todos los ámbitos del desarrollo y la ordenación profesional y, especialmente, las siguientes:

a) Las que correspondan como órgano de apoyo a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud en los ámbitos del desarrollo profesional a que se refiere el artículo 40 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y las disposiciones de esta ley.

b) Las de elaboración, con informes o propuestas, en su caso, de las diferentes organizaciones y sociedades científicas, del informe anual sobre el estado de las profesiones sanitarias, que deberá incluir un análisis de la situación de dichas profesiones.

c) Las de elaboración de propuestas de carácter general, que se incluirán, en su caso, en el informe previsto en el párrafo anterior, sobre la organización, régimen de prestación de servicios y ordenación de las profesiones sanitarias, dirigidas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las comunidades autónomas.

d) Las de mediación y propuesta de solución en los conflictos de competencias entre las distintas profesiones sanitarias.

DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA

Relación laboral especial de residencia

1. La relación laboral especial de residencia es aplicable a quienes reciban formación dirigida a la obtención de un título de especialista en Ciencias de la Salud, siempre que tal formación se realice por el sistema de residencia previsto en el artículo 20 de esta ley, en centros, públicos o privados, acreditados para impartir dicha formación.

   Los residentes tendrán la consideración de personal laboral temporal del servicio de salud o centro en que reciban la formación, y deberán desarrollar el ejercicio profesional y las actividades asistenciales y formativas que de los programas de formación se deriven.

2. El Gobierno regulará, mediante real decreto, la relación laboral especial de residencia, de acuerdo con las normas de la Comunidad Europea que resulten aplicables y estableciendo, además de las peculiaridades de su jornada de trabajo y régimen de descansos, los supuestos de resolución de los contratos cuando no se superen las evaluaciones

establecidas, los procedimientos para la revisión de las evaluaciones otorgadas, la duración máxima de los contratos en función de la duración de cada uno de los correspondientes programas formativos, y los supuestos excepcionales para su posible prórroga cuando se produzcan casos, no imputables al interesado, de suspensión de la relación laboral.

3. La relación laboral especial de residencia se aplicará también en aquellos supuestos de formación en Áreas de Capacitación Específica que, conforme a lo establecido en el artículo 25, se desarrollen por el sistema de residencia previsto en el artículo 20 de esta ley.

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA

Reserva de denominaciones

Sólo podrán utilizarse, en el ejercicio profesional público y privado, las denominaciones de los títulos de especialista, las de los Diplomas de Áreas de Capacitación Específica, las de los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada, y las de los grados del desarrollo profesional, cuando tales títulos, diplomas o grados hayan sido obtenidos, homologados o reconocidos de acuerdo con lo dispuesto en esta ley y en las demás normas aplicables.

No podrán utilizarse otras denominaciones que, por su significado, puedan inducir a confusión con aquéllas.

DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA

Formación de especialistas sanitarios en plazas de la Red Sanitaria Militar

1. Corresponderá al Ministerio de Defensa la propuesta prevista en el artículo 22.5 de esta ley respecto del número de especialistas en Ciencias de la Salud que se formarán anualmente en centros acreditados de la Red Sanitaria Militar.

2. El acceso a la formación en las plazas a que se refiere esta disposición adicional se regulará por el Ministerio de Defensa y, sin perjuicio del cumplimiento del resto de los requisitos previstos en el artículo 20.3 de esta ley, no resultará aplicable la relación laboral especial de residencia al personal militar que se forme en ellas.

DISPOSICIÓN ADICIONAL CUARTA

Efectos retributivos del sistema de desarrollo profesional

Los efectos que sobre la estructura de las retribuciones y la cuantía de las mismas pudieran derivarse del reconocimiento de grados de desarrollo profesional se negociarán en cada caso con las organizaciones sindicales que, a tenor de lo dispuesto en la normativa aplicable, corresponda.

DISPOSICIÓN ADICIONAL QUINTA

Aplicación de esta ley a las profesiones sanitarias

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos 2, 4.2, 6 y 7, el resto de las disposiciones de esta ley sólo se aplicarán a los titulados previstos en dichos artículos cuando presten sus servicios profesionales en centros sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud o cuando desarrollen su ejercicio profesional, por cuenta propia o ajena, en el sector sanitario privado.

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEXTA

Exclusiones a la aplicación de esta ley por motivos de seguridad pública

Por motivos de seguridad pública, podrán no resultar aplicables los principios establecidos en los párrafos d) y e) del artículo 5.1 de esta ley, ni ser de carácter público el registro establecido en su artículo 5.2.

DISPOSICIÓN ADICIONAL SÉPTIMA

Carácter de profesionales sanitarios

1. Lo establecido en esta ley se entiende sin perjuicio del carácter de profesionales sanitarios que ostentan los Ayudantes Técnico Sanitarios y demás profesionales que, sin poseer el título académico a que se refiere el artículo 2, se encuentran habilitados, por norma legal o reglamentaria, para ejercer alguna de las profesiones previstas en dicho precepto.

2. Tendrán carácter de profesionales sanitarios los Licenciados en Ciencia y Tecnología de los Alimentos cuando tales titulados desarrollen su actividad profesional en centros sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud o cuando desarrollen su ejercicio profesional, por cuenta propia o ajena, en el sector sanitario privado.

DISPOSICIÓN ADICIONAL OCTAVA

Régimen de infracciones y sanciones

Las Administraciones sanitarias públicas y las entidades profesionales de derecho público, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán que el ejercicio de las profesiones sanitarias se desarrolle de acuerdo con lo previsto en esta ley y en las demás normas aplicables.

A estos efectos, las infracciones de lo dispuesto en la presente ley quedan sometidas al régimen de infracciones y sanciones establecido en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, sin perjuicio, en su caso, de las responsabilidades civiles, penales, estatutarias y deontológicas, de acuerdo con lo previsto en el ordenamiento jurídico vigente.

DISPOSICIÓN ADICIONAL NOVENA

Evaluación del desarrollo profesional en centros sanitarios de investigación

En los centros sanitarios de investigación, el sistema de evaluación del desarrollo profesional de los profesionales sanitarios a que se refiere esta ley se adaptará a las características específicas de los mismos, evaluándose, entre otros, la calidad y relevancia del trabajo científico según resultados, la implicación organizativa y la capacidad de liderazgo en la dirección de proyectos y formación de personal investigador.

DISPOSICIÓN ADICIONAL DÉCIMA

Dirección de centros sanitarios

Las Administraciones sanitarias establecerán los requisitos y los procedimientos para la selección, nombramiento o contratación del personal de dirección de los centros y establecimientos sanitarios dependientes de las mismas.

Igualmente, las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos de evaluación del desempeño de las funciones de dirección y de los resultados obtenidos, evaluación que se efectuará con carácter periódico y que podrá suponer, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en tales funciones directivas.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA

Aplicación progresiva del artículo 22.2 de esta ley

El nuevo modelo de prueba para el acceso a la formación sanitaria especializada previsto en el artículo 22.2 de esta ley se implantará de manera progresiva durante los ocho años posteriores a la entrada en vigor de esta norma.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA

Implantación del sistema de desarrollo profesional

Las Administraciones sanitarias determinarán los plazos y períodos para la aplicación del sistema de desarrollo profesional previsto en el título III, dentro del criterio general de que en el plazo de cuatro años a partir de la entrada en vigor de esta ley deberán haberse iniciado los procedimientos para su implantación en todas

las profesiones sanitarias previstas en los artículos 6 y 7.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA TERCERA

Definición y estructuración de las profesiones sanitarias y de los profesionales del área sanitaria de formación profesional

1. Los criterios de definición y estructuración de profesiones sanitarias y profesionales del área sanitaria de formación profesional que se contienen en los artículos 2 y 3 de esta ley se mantendrán en tanto se lleve a cabo la reforma o adaptación de las modalidades cíclicas a que se refiere el artículo 88 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, para su adecuación al espacio europeo de enseñanza superior.

   Una vez producida dicha reforma o adaptación, los criterios de definición de las profesiones sanitarias y de los profesionales del área sanitaria de la formación profesional y de su estructuración serán modificados para adecuarlos a lo que se prevea en la misma.

2. El Gobierno procederá a la reordenación de las funciones de los distintos departamentos de la Administración General del Estado en materia de formación sanitaria especializada cuando ello resulte aconsejable para adaptarla a lo que prevean las normas de la Comunidad Europea en relación con los requisitos de acceso a las actividades profesionales.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA CUARTA

Especialidades sanitarias cuyo sistema de formación no es el de residencia

En el plazo de cinco años desde la entrada en vigor de esta ley, el Gobierno modificará, suprimirá o adaptará su sistema de formación a lo previsto en el artículo 20, en el caso de las especialidades sanitarias cuya formación no se realiza por el sistema de residencia.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA QUINTA

Creación de nuevos títulos de Especialista en Ciencias de la Salud

Cuando, conforme a lo previsto en el artículo 16 de esta ley, sean establecidos nuevos títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud, el Gobierno adoptará las medidas oportunas para posibilitar el acceso al nuevo título de los profesionales que hubieran prestado servicios en el ámbito de la nueva especialidad y cumplan los requisitos que reglamentariamente se establezcan. Asimismo, adoptará las medidas oportunas para la inicial constitución de la correspondiente Comisión Nacional de la Especialidad.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEXTA

Constitución de órganos colegiados

En tanto se constituyen los órganos colegiados a que se refieren los artículos 27 a 30 de esta ley, las funciones que a los mismos se les atribuyen serán desempeñadas por las comisiones y consejos existentes con anterioridad a la entrada en vigor de esta norma.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA

Derogación de normas

1. Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en esta ley.

2. Queda derogada la Ley 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas, derogación que tendrá efectividad cuando entre en vigor el real decreto sobre la relación laboral especial de residencia que se prevé en la disposición adicional primera de esta ley.

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA

Título Competencial

1. Esta ley se aprueba de acuerdo con las competencias exclusivas que asigna al Estado

su artículo 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución, y sus preceptos son bases de la sanidad.

2. Se exceptúan de lo establecido en el apartado anterior el capítulo III del título II de esta ley, su disposición adicional tercera y sus disposiciones transitorias primera y cuarta, que se aprueban en uso de las competencias que al Estado asigna en exclusiva el artículo 149.1.30ª de la Constitución para la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos profesionales.

3. Se exceptúan de lo establecido en el apartado 1 anterior los artículos 8.2 y 20.3.f) y la disposición adicional primera de esta ley, que se aprueban al amparo de las competencias exclusivas que asigna al Estado el artículo 149.1.7ª de la Constitución para el establecimiento de la legislación laboral.

4. Lo dispuesto en los apartados anteriores, lo será sin perjuicio de lo establecido en el Régimen Foral de Navarra.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA

Informes sobre financiación

El órgano colegiado interministerial previsto en la disposición final segunda de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, informará preceptivamente aquellos asuntos derivados de la aplicación de la esta ley.

Sin perjuicio de la responsabilidad financiera de las comunidades autónomas conforme a lo establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y de acuerdo con el principio de lealtad institucional en los términos del artículo 2.1.e) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, el informe elaborado será presentado por dicho órgano colegiado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Por su parte, el Ministerio de Hacienda trasladará este informe al Consejo de Política Fiscal y Financiera, para proceder a su análisis, en el contexto de dicho principio de lealtad institucional, y en su caso, proponer las medidas necesarias para garantizar el equilibrio financiero.

DISPOSICIÓN FINAL TERCERA

Entrada en vigor

Esta Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO
(BOE 301/2003 de 17-12-2003)

LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

(BOE 301/2003 de 17-12-2003)

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La organización política y territorial y el esquema de distribución de competencias en materia de sanidad y asistencia sanitaria que establecen la Constitución y los Estatutos de Autonomía, provocan el nacimiento, en el año 1986 y mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, del Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de los servicios de salud con un funcionamiento armónico y coordinado.

La Ley General de Sanidad establece que en los servicios de salud se integrarán los diferentes servicios sanitarios públicos del respectivo ámbito territorial. Tal integración se realiza con las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas el régimen jurídico de su personal, lo que motiva que en los servicios de salud y en sus centros sanitarios se encuentre prestando servicios personal con vinculación funcionarial, laboral y estatutaria.

Si bien el personal funcionario y laboral ha visto sus respectivos regímenes jurídicos actualizados tras la promulgación de la Constitución Española, no ha sucedido así respecto al personal estatutario que, sin perjuicio de determinadas modificaciones normativas puntuales, viene en gran parte regulado por Estatutos preconstitucionales. Resulta, pues, necesario actualizar y adaptar el régimen jurídico de este personal, tanto en lo que se refiere al modelo del Estado Autonómico como en lo relativo al concepto y alcance actual de la asistencia sanitaria.

Tal es el objetivo que afronta esta ley, a través del establecimiento de las normas básicas relativas a este personal y mediante la aprobación de su estatuto marco, todo ello conforme a las previsiones del artículo 149.1.18ª de la Constitución Española.

II

Los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social han tenido históricamente en España una regulación específica. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión «personal estatutario» que deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal –el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario– de tales centros e instituciones.

La necesidad de mantener una regulación especial para el personal de los servicios sanitarios ha sido apreciada, y reiteradamente declarada, por las normas reguladoras del personal de los servicios públicos. Así, la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, mantuvo vigente en su totalidad el régimen estatutario de este personal, determinando, en su disposición transitoria cuarta, que sería objeto de una legislación especial.

Asimismo, la Ley General de Sanidad, en su artículo 84 estableció que un estatuto marco regularía la normativa básica aplicable al personal estatutario en todos los servicios de salud, normas básicas específicas y diferenciadas de las generales de los funcionarios públicos.

La conveniencia de una normativa propia para este personal deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud.

Este último aspecto, la adecuación del estatuto marco a los peculiares principios organizativos del Sistema Nacional de Salud merece ser resaltado por cuanto constituye una de las piezas angulares de la nueva regulación del personal.

El Sistema Nacional de Salud es un modelo organizativo especial, que sólo existe en el ámbito de los servicios sanitarios públicos, que crea y configura la Ley General de Sanidad como medio de adaptación de tales servicios a la organización política y territorial española, y que se concibe como el conjunto de los diferentes servicios de salud con un funcionamiento armónico y coordinado.

Ello, junto al elevado valor social y político que en un Estado constitucionalmente tipificado como social y democrático de derecho tiene el bien salud, ha motivado que en estos ya más de 12 años de existencia del Sistema Nacional de Salud se hayan producido numerosos análisis, informes y propuestas tendentes a su consolidación, modernización y mejora.

El más relevante de ellos lo constituye el Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados el día 18 de diciembre de 1997, en cuyo apartado 10 se considera imprescindible el establecimiento de un nuevo modelo de relaciones laborales para el personal estatutario de los servicios de salud, a través de un estatuto marco que habría de desempeñar un papel nuclear como elemento impulsor de la dinámica de evolución, desarrollo y consolidación de nuestro Sistema Nacional de Salud.

El propio Congreso de los Diputados señaló las líneas maestras de esa nueva regulación y marcó sus objetivos generales. Entre ellos cabe destacar los de incrementar la motivación de los profesionales y su compromiso con la gestión, el establecimiento de un adecuado sistema de incentivos, la desburocratización y flexibilización de las relaciones profesionales, la descentralización de los procesos de selección y de promoción profesional, la personalización de las condiciones de trabajo, especialmente en lo relativo a retribuciones y niveles de dedicación o la adecuación de las dotaciones de personal a las necesidades efectivas de los centros, a través de una normativa específica de carácter básico para este personal, con respeto tanto de las competencias para su desarrollo por las comunidades autónomas como del objetivo global de impulsar la autonomía de gestión de los servicios, centros e instituciones.

Por ello, y de acuerdo con las previsiones del artículo 149.1.18ª de la Constitución Española, las normas de esta ley constituyen las bases del régimen estatutario de este personal de los servicios de salud.

Así, el Estatuto Marco deroga el régimen estatutario configurado por los tres estatutos de personal -todos ellos preconstitucionales- y por las disposiciones que los modificaron, complementaron o desarrollaron, sustituyéndolo por el marco básico que compone el propio estatuto y por las disposiciones que, en el ámbito de cada Administración pública, desarrollen tal marco básico y general.

III

El contenido de la ley se estructura en 14 capítulos, a través de los cuales se regulan los aspectos generales y básicos de las diferentes materias que componen el régimen jurídico del personal estatutario.

En el capítulo I se establece con nitidez el carácter funcionarial de la relación estatutaria, sin perjuicio de sus peculiaridades especiales, que se señalan en la propia ley y que deberán ser desarrolladas en cada una de las comunidades autónomas respecto de su propio personal. Los criterios para la clasificación del personal estatutario, basados en las funciones a desarrollar y en los niveles de titulación, figuran en su capítulo II, que también regula la figura del personal temporal, cuya importancia y necesidad en el sector sanitario deriva de la exigencia de mantener permanente y constantemente en funcionamiento los distintos centros e instituciones.

El capítulo III enumera los mecanismos de ordenación y planificación del personal de cada uno de los servicios de salud, entre los que cabe destacar la existencia de registros de personal que se integrarán en el Sistema de Información Sanitaria que establece la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Los requisitos y condiciones para la adquisición de la condición de personal estatutario, los supuestos de su pérdida, la provisión de plazas, la selección de personal y la promoción interna se regulan en los capítulos V y VI de la ley, en

cuyo capítulo IV se enumeran los derechos y deberes de este personal, determinados desde la perspectiva de la esencial función de protección de la salud que desempeñan.

El principio de libre circulación y la posibilidad de movilidad del personal en todo el Sistema Nacional de Salud, se consagra en el capítulo VII. Esta movilidad general, básica para dotar al Sistema Nacional de Salud de cohesión y coordinación, es también un mecanismo para el desarrollo del personal, que se complementa con la regulación de la carrera que se contiene en el capítulo VIII y con el régimen retributivo que se fija en el capítulo IX.

IV

Consideración especial merece la sección 1ª del capítulo X, pues en ella se lleva a cabo la transposición al sector sanitario de dos directivas de la Comunidad Europea relativas a la protección de la seguridad y salud de los trabajadores a través de la regulación de los tiempos de trabajo y del régimen de descansos, las Directivas 93/104/CE, del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, y 2000/34/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de junio de 2000.

Para la transposición de dichas directivas se ha tenido especialmente presente, como no podía ser de otra forma, que la Constitución Española, al proclamar en su artículo 43.1 el derecho a la protección de la salud, viene a reconocer la especial importancia que, tanto a nivel individual como familiar y social, tienen las prestaciones de carácter sanitario. El apartado 2 del mismo precepto constitucional encarga a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, lo que determina que un elevado número de los centros y establecimientos en los que tales prestaciones y servicios se desarrollan deban permanecer en funcionamiento de manera constante y continuada. Tales centros y establecimientos han debido adoptar, por tanto, un modelo de organización funcional específico, directamente orientado a poder atender, en cualquier momento, las demandas de prestación sanitaria que puedan producirse.

También la Constitución, en su artículo 40.2, asigna a los poderes públicos la función de velar por la seguridad e higiene en el trabajo, y establece que garantizarán el descanso necesario mediante la limitación de la jornada laboral y las vacaciones periódicas retribuidas.

La articulación coordinada de ambas previsiones constitucionales debe suponer que las necesarias peculiaridades del modelo de organización de los centros y establecimientos sanitarios no impliquen un detrimento de las exigencias de protección de la seguridad y de la salud laboral de sus trabajadores. Por ello, resulta conveniente regular mediante esta norma legal las condiciones generales que, garantizando el adecuado nivel de protección en lo relativo al tiempo de trabajo y los descansos del personal, garanticen asimismo que los centros y establecimientos puedan ofrecer, de forma permanente y continuada, sus servicios a los ciudadanos.

Tales condiciones generales deben asegurar un régimen común, aplicable con carácter general a los diferentes centros y establecimientos sanitarios, con el fin de garantizar el funcionamiento armónico y homogéneo de todos los servicios de salud.

Entre las características generales que esta ley señala, cabe citar la fijación de unos límites máximos para la duración de la jornada ordinaria de trabajo, así como para la duración conjunta de ésta y de la jornada complementaria que resulte necesario realizar para atender al funcionamiento permanente de los centros sanitarios. La ley señala también los tiempos mínimos de descanso diario y semanal, articulando regímenes de descanso alternativo para los supuestos en los que la necesaria prestación continuada de servicios impida su disfrute en los períodos señalados.

V

Esta ley se completa con la regulación de las situaciones del personal, el régimen disciplinario, las incompatibilidades y los sistemas de representación del personal, de participación y de negociación colectiva en sus capítulos XI a XIV, con previsiones específicas en relación con situaciones determinadas en sus disposiciones

adicionales, con las necesarias determinaciones para su progresiva aplicación en las disposiciones transitorias, con la derogación de las normas afectadas por su entrada en vigor y con las disposiciones finales.

CAPÍTULO I

NORMAS GENERALES

Artículo 1. Objeto.

Esta ley tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcionarial especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1. Esta ley es aplicable al personal estatutario que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las comunidades autónomas o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado.

2. En lo no previsto en esta ley, en las normas a que se refiere el artículo siguiente, o en los pactos o acuerdos regulados en el capítulo XIV, serán aplicables al personal estatutario las disposiciones y principios generales sobre función pública de la Administración correspondiente.

3. Lo previsto en esta ley será de aplicación al personal sanitario funcionario y al personal sanitario laboral que preste servicios en los centros del Sistema Nacional de Salud gestionados directamente por entidades creadas por las distintas comunidades autónomas para acoger los medios y recursos humanos y materiales procedentes de los procesos de transferencias del Insalud, en todo aquello que no se oponga a su normativa específica de aplicación y si así lo prevén las disposiciones aplicables al personal funcionario o los convenios colectivos aplicables al personal laboral de cada comunidad autónoma.

Artículo 3. Normas sobre personal estatutario.

En desarrollo de la normativa básica contenida en esta ley, el Estado y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, aprobarán los estatutos y las demás normas aplicables al personal estatutario de cada servicio de salud.

Para la elaboración de dichas normas, cuyas propuestas serán objeto de negociación en las mesas correspondientes en los términos establecidos en el capítulo III de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones públicas, los órganos en cada caso competentes tomarán en consideración los principios generales establecidos en el artículo siguiente, las peculiaridades propias del ejercicio de las profesiones sanitarias, y las características organizativas de cada servicio de salud y de sus diferentes centros e instituciones.

Artículo 4. Principios y criterios de ordenación del régimen estatutario.

La ordenación del régimen del personal estatutario de los servicios de salud se rige por los siguientes principios y criterios:

a) Sometimiento pleno a la ley y el derecho.

b) Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario.

c) Estabilidad en el empleo y en el mantenimiento de la condición de personal estatutario fijo.

d) Libre circulación del personal estatutario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

e) Responsabilidad en el ejercicio profesional y objetividad como garantías de la competencia e imparcialidad en el desempeño de las funciones.

f) Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica de las convocatorias.

g) Integración en el régimen organizativo y funcional del servicio de salud y de sus centros e instituciones.

h) Incorporación de los valores de integridad, neutralidad, transparencia en la gestión, deontología y servicio al interés público y a los ciudadanos, tanto en la actuación profesional como en las relaciones con los usuarios.

i) Dedicación prioritaria al servicio público y transparencia de los intereses y actividades privadas como garantía de dicha preferencia.

j) Coordinación, cooperación y mutua información entre las Administraciones sanitarias públicas.

k) Participación de las organizaciones sindicales en la determinación de las condiciones de trabajo, a través de la negociación en las mesas correspondientes.

CAPÍTULO II

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO

Artículo 5. Criterios de clasificación del personal estatutario.

El personal estatutario de los servicios de salud se clasifica atendiendo a la función desarrollada, al nivel del título exigido para el ingreso y al tipo de su nombramiento.

Artículo 6. Personal estatutario sanitario.

1. Es personal estatutario sanitario el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria.

2. Atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso, el personal estatutario sanitario se clasifica de la siguiente forma:

a) Personal de formación universitaria: quienes ostentan la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión sanitaria que exija una concreta titulación de carácter universitario, o un título de tal carácter acompañado de un título de especialista. Este personal se divide en:

1º) Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud.

2º) Licenciados sanitarios.

3º) Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.

4º) Diplomados sanitarios.

b) Personal de formación profesional: quienes ostenten la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de profesiones o actividades profesionales sanitarias, cuando se exija una concreta titulación de Formación Profesional. Este personal se divide en:

1º) Técnicos superiores
2º) Técnicos.

Artículo 7. Personal estatutario de gestión y servicios.

1. Es personal estatutario de gestión y servicios quien ostenta tal condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario.

2. La clasificación del personal estatutario de gestión y servicios se efectúa, en función del título exigido para el ingreso, de la siguiente forma:

a) Personal de Formación Universitaria. Atendiendo al nivel del título requerido, este personal se divide en:

1º) Licenciados universitarios o personal con título equivalente.

2º) Diplomados universitarios o personal con título equivalente.

b) Personal de formación profesional. Atendiendo al nivel del título requerido, este personal se divide en:

1º) Técnicos superiores o personal con título equivalente.

2º) Técnicos o personal con título equivalente.

c) Otro personal: categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria, o título o certificado equivalente.

Artículo 8. Personal estatutario fijo.

Es personal estatutario fijo el que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.

Artículo 9. Personal estatutario temporal.

1. Por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, los servicios de salud podrán nombrar personal estatutario temporal.

   Los nombramientos de personal estatutario temporal podrán ser de interinidad, de carácter eventual o de sustitución.

2. El nombramiento de carácter interino se expedirá para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones.

   Se acordará el cese del personal estatutario interino cuando se incorpore personal fijo, por el procedimiento legal o reglamentariamente establecido, a la plaza que desempeñe, así como cuando dicha plaza resulte amortizada.

3. El nombramiento de carácter eventual se expedirá en los siguientes supuestos:

   a) Cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.

   b) Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.

   c) Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.

   Se acordará el cese del personal estatutario eventual cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento, así como cuando se supriman las funciones que en su día lo motivaron.

   Si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un período acumulado de 12 o más meses en un período de dos años, procederá el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro.

4. El nombramiento de sustitución se expedirá cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

   Se acordará el cese del personal estatutario sustituto cuando se reincorpore la persona a la que sustituya, así como cuando ésta pierda su derecho a la reincorporación a la misma plaza o función.

5. Al personal estatutario temporal le será aplicable, en cuanto sea adecuado a la naturaleza de su condición, el régimen general del personal estatutario fijo.

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DEL PERSONAL

Artículo 10. Principios generales.

1. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud desarrollará las actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como principal instrumento de configuración y cohesión del Sistema Nacional de Salud, conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre los criterios para la coordinación de la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 11. Foro Marco para el Diálogo Social.

1. El Foro Marco para el Diálogo Social tiene como objetivo constituir el ámbito de diálogo e información de carácter laboral, así como promover el desarrollo armónico de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

2. El Foro Marco para el Diálogo Social, en el que estarán representadas las organizaciones sindicales más representativas del sector sanitario, depende de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, a la que prestará apoyo y asesoramiento en todas las funciones de coordinación de las políticas de recursos humanos que en esta ley se encargan a la citada comisión.

3. El Foro Marco para el Diálogo Social deberá ser informado de los acuerdos de las mesas sectoriales del sector sanitario, así como de los de las mesas generales que afecten a dicho sector.

4. El Ministerio de Sanidad y Consumo constituirá un ámbito de negociación, para lo cual convocará a las organizaciones sindicales representadas en el Foro Marco para el Diálogo Social a fin de negociar los contenidos de la normativa básica relativa al personal estatutario de los servicios de salud que dicho ministerio pudiera elaborar, cuando tales contenidos se refieran a las materias previstas en el artículo 32 de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones públicas, en todo aquello que no afecte a las competencias de las comunidades autónomas y sin perjuicio de los asuntos atribuidos a la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado, incluyendo aquellos aspectos relacionados con la relación laboral especial de residencia que el Gobierno regulará por real decreto de acuerdo con las normas de las Comunidades Europeas y en el que se establecerán las peculiaridades de la duración de la jornada de trabajo y régimen de descansos de este personal en formación.

   A tales efectos, y de acuerdo con lo previsto en el artículo 31.3 de la Ley 9/1987, de 12 de junio, estas reuniones podrán ser convocadas por decisión del ministerio, por acuerdo entre éste y las organizaciones sindicales, y por solicitud de todas las organizaciones sindicales presentes en el Foro Marco, realizándose, al menos, una al año.

Artículo 12. Planificación de Recursos Humanos

1. La planificación de los recursos humanos en los servicios de salud estará orientada a su adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación, en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios.

2. En el ámbito de cada servicio de salud, y previa negociación en las mesas correspondientes, se adoptarán las medidas necesarias para la planificación eficiente de las necesidades de personal y situaciones administrativas derivadas de la reasignación de efectivos, y para la programación periódi-

ca de las convocatorias de selección, promoción interna y movilidad.

3. Los cambios en la distribución o necesidades de personal que se deriven de reordenaciones funcionales, organizativas o asistenciales se articularán de conformidad con las normas aplicables en cada servicio de salud.

   En todo caso, el personal podrá ser adscrito a los centros o unidades ubicados dentro del ámbito que en su nombramiento se precise.

Artículo 13. Planes de ordenación de recursos humanos.

1. Los planes de ordenación de recursos humanos constituyen el instrumento básico de planificación global de los mismos dentro del servicio de salud o en el ámbito que en los mismos se precise. Especificarán los objetivos a conseguir en materia de personal y los efectivos y la estructura de recursos humanos que se consideren adecuados para cumplir tales objetivos. Asimismo, podrán establecer las medidas necesarias para conseguir dicha estructura, especialmente en materia de cuantificación de recursos, programación del acceso, movilidad geográfica y funcional y promoción y reclasificación profesional.

2. Los planes de ordenación de recursos humanos se aprobarán y publicarán o, en su caso, se notificarán, en la forma en que en cada servicio de salud se determine. Serán previamente objeto de negociación en las mesas correspondientes.

Artículo 14. Ordenación del personal estatutario.

1. De acuerdo con el criterio de agrupación unitaria de las funciones, competencias y aptitudes profesionales, de las titulaciones y de los contenidos específicos de la función a desarrollar, los servicios de salud establecerán las diferentes categorías o grupos profesionales existentes en su ámbito.

2. La integración del personal estatutario en las distintas instituciones o centros se realizará mediante su incorporación a una plaza, puesto de trabajo o función.

   En el ámbito de cada servicio de salud, atendiendo a las características de su organización sanitaria y previa negociación en las mesas correspondientes, se establecerán los sistemas de agrupamiento y enumeración de dichos puestos o plazas.

Artículo 15. Creación, modificación y supresión de categorías.

1. En el ámbito de cada servicio de salud se establecerán, modificarán o suprimirán las categorías de personal estatutario de acuerdo con las previsiones del capítulo XIV y, en su caso, del artículo 13 de esta ley.

2. Los servicios de salud comunicarán al Ministerio de Sanidad y Consumo las categorías de personal estatutario existentes en el mismo, así como su modificación o supresión y la creación de nuevas categorías, a fin de proceder, en su caso, a su homologación conforme a lo previsto en el artículo 37.1.

Artículo 16. Registros de personal.

1. Como instrumento básico para la planificación de los recursos humanos, los servicios de salud establecerán registros de personal en los que se inscribirá a quienes presten servicios en los respectivos centros e instituciones sanitarios, en los términos en que en cada servicio de salud se determine.

2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará los requisitos y procedimientos para posibilitar el tratamiento conjunto y la utilización recíproca de la información contenida en los registros de personal de los servicios de salud, que se integrarán en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO IV

DERECHOS Y DEBERES

Artículo 17. Derechos individuales.

1. El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos:

   a) A la estabilidad en el empleo y al ejercicio o desempeño efectivo de la profesión o funciones que correspondan a su nombramiento.

   b) A la percepción puntual de las retribuciones e indemnizaciones por razón del servicio en cada caso establecidas.

   c) A la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones.

   d) A recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como sobre riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo habitual, y a la información y formación específica en esta materia conforme a lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

   e) A la movilidad voluntaria, promoción interna y desarrollo profesional, en la forma en que prevean las disposiciones en cada caso aplicables.

   f) A que sea respetada su dignidad e intimidad personal en el trabajo y a ser tratado con corrección, consideración y respeto por sus jefes y superiores, sus compañeros y sus subordinados.

   g) Al descanso necesario, mediante la limitación de la jornada, las vacaciones periódicas retribuidas y permisos en los términos que se establezcan.

   h) A recibir asistencia y protección de las Administraciones públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

   i) Al encuadramiento en Régimen General de la Seguridad Social, con los derechos y obligaciones que de ello se derivan.

   j) A ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, centro o institución, y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos.

   k) A la no discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

   l) A la jubilación en los términos y condiciones establecidas en las normas en cada caso aplicables.

   m) A la acción social en los términos y ámbitos subjetivos que se determinen en las normas, acuerdos o convenios aplicables.

2. El régimen de derechos establecido en el apartado anterior será aplicable al personal temporal, en la medida en que la naturaleza del derecho lo permita.

Artículo 18. Derechos colectivos.

El personal estatutario ostenta, en los términos establecidos en la Constitución y en la legislación específicamente aplicable, los siguientes derechos colectivos:

   a) A la libre sindicación.

   b) A la actividad sindical.

   c) A la huelga, garantizándose en todo caso el mantenimiento de los servicios que resulten esenciales para la atención sanitaria a la población.

   d) A la negociación colectiva, representación y participación en la determinación de las condiciones de trabajo.

   e) A la reunión.

f) A disponer de servicios de prevención y de órganos representativos en materia de seguridad laboral.

Artículo 19. Deberes.

El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a:

a) Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico.

b) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.

c) Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.

d) Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos en relación con las funciones propias de su nombramiento, y colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo.

e) Participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de los objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la institución, centro o unidad en la que preste servicios.

f) Prestar colaboración profesional cuando así sea requerido por las autoridades como consecuencia de la adopción de medidas especiales por razones de urgencia o necesidad.

g) Cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de las jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las Instituciones, centros y servicios.

h) Informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables en cada caso y dentro del ámbito de sus competencias, a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles.

i) Respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios de los servicios de salud, su libre disposición en las decisiones que le conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables, así como a no realizar discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los mismos.

j) Mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y a los usuarios obtenida, o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones.

k) Utilizar los medios, instrumental e instalaciones de los servicios de salud en beneficio del paciente, con criterios de eficiencia y evitar su uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas.

l) Cumplimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecidos en la correspondiente institución, centro o servicio de salud.

m) Cumplir las normas relativas a la seguridad y salud en el trabajo, así como las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación con esta materia.

n) Cumplir el régimen sobre incompatibilidades.

o) Ser identificados por su nombre y categoría profesional por los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO V

ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO

Artículo 20. Adquisición de la condición de personal estatutario fijo.

1. La condición de personal estatutario fijo se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:

   a) Superación de las pruebas de selección.

   b) Nombramiento conferido por el órgano competente.

   c) Incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria.

2. A efectos de lo dispuesto en el párrafo b) del apartado anterior, no podrán ser nombrados, y quedarán sin efecto sus actuaciones, quienes no acrediten, una vez superado el proceso selectivo, que reúnen los requisitos y condiciones exigidos en la convocatoria.

3. La falta de incorporación al servicio, institución o centro dentro del plazo, cuando sea imputable al interesado y no obedezca a causas justificadas, producirá el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo como consecuencia de ese concreto proceso selectivo.

Artículo 21. Pérdida de la condición de personal estatutario fijo.

Son causas de extinción de la condición de personal estatutario fijo:

a) La renuncia.

b) La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento.

c) La sanción disciplinaria firme de separación del servicio.

d) La pena principal o accesoria de inhabilitación absoluta y, en su caso, la especial para empleo o cargo público o para el ejercicio de la correspondiente profesión.

e) La jubilación.

f) La incapacidad permanente, en los términos previstos en esta ley.

Artículo 22. Renuncia.

1. La renuncia a la condición de personal estatutario tiene el carácter de acto voluntario y deberá ser solicitada por el interesado con una antelación mínima de 15 días a la fecha en que se desee hacer efectiva. La renuncia será aceptada en dicho plazo, salvo que el interesado esté sujeto a expediente disciplinario o haya sido dictado contra él auto de procesamiento o de apertura de juicio oral por la presunta comisión de un delito en el ejercicio de sus funciones.

2. La renuncia a la condición de personal estatutario no inhabilita para obtener nuevamente dicha condición a través de los procedimientos de selección establecidos.

Artículo 23. Pérdida de la nacionalidad.

La pérdida de la nacionalidad española, o de la de otro Estado tomada en consideración para el nombramiento, determina la pérdida de la condición de personal estatutario, salvo que simultáneamente se adquiera la nacionalidad de otro Estado que otorgue el derecho a acceder a tal condición.

Artículo 24. Sanción de separación del servicio.

La sanción disciplinaria de separación del servicio, cuando adquiera carácter firme, supone la pérdida de la condición de personal estatutario.

Artículo 25. Penas de inhabilitación absoluta o especial.

La pena de inhabilitación absoluta, cuando hubiere adquirido firmeza, produce la pérdida de la condición de personal estatutario. Igual efecto tendrá la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público si afecta al correspondiente nombramiento.

Supondrá la pérdida de la condición de personal estatutario la pena de inhabilitación especial para la correspondiente profesión, siempre que ésta exceda de seis años.

Artículo 26. Jubilación

1. La jubilación puede ser forzosa o voluntaria.

2. La jubilación forzosa se declarará al cumplir el interesado la edad de 65 años.

   No obstante, el interesado podrá solicitar voluntariamente prolongar su permanencia en servicio activo hasta cumplir, como máximo, los 70 años de edad, siempre que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento. Esta prolongación deberá ser autorizada por el servicio de salud correspondiente, en función de las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos.

3. Procederá la prórroga en el servicio activo, a instancia del interesado, cuando, en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, le resten seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación.

   Esta prórroga no podrá prolongarse más allá del día en el que el interesado complete el tiempo de cotización necesario para causar pensión de jubilación, sea cual sea el importe de la misma, y su concesión estará supeditada a que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento.

4. Podrá optar a la jubilación voluntaria, total o parcial, el personal estatutario que reúna los requisitos establecidos en la legislación de Seguridad Social.

   Los órganos competentes de las comunidades autónomas podrán establecer mecanismos para el personal estatutario que se acoja a esta jubilación como consecuencia de un plan de ordenación de recursos humanos.

Artículo 27. Incapacidad permanente.

La incapacidad permanente, cuando sea declarada en sus grados de incapacidad permanente total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo o gran invalidez conforme a las normas reguladoras del Régimen General de la Seguridad Social, produce la pérdida de la condición de personal estatutario.

Artículo 28. Recuperación de la condición de personal estatutario fijo.

1. En el caso de pérdida de la condición de personal estatutario como consecuencia de pérdida de la nacionalidad, el interesado podrá recuperar dicha condición si acredita la desaparición de la causa que la motivó.

2. Procederá también la recuperación de la condición de personal estatutario cuando se hubiera perdido como consecuencia de incapacidad, si ésta es revisada conforme a las normas reguladoras del Régimen General de la Seguridad Social.

   Si la revisión se produce dentro de los dos años siguientes a la fecha de la declaración de incapacidad, el interesado tendrá derecho a incorporarse a plaza de la misma categoría y área de salud en que prestaba sus servicios.

3. La recuperación de la condición de personal estatutario, salvo en el caso previsto en el último párrafo del apartado anterior, supondrá la simultánea declaración del interesado en la situación de excedencia voluntaria. El interesado podrá reincorporarse al

servicio activo a través de los procedimientos previstos en el artículo 69, sin que sea exigible tiempo mínimo de permanencia en la situación de excedencia voluntaria.

CAPÍTULO VI

PROVISIÓN DE PLAZAS, SELECCIÓN Y PROMOCIÓN INTERNA

Artículo 29. Criterios generales de provisión.

1. La provisión de plazas del personal estatutario se regirá por los siguientes principios básicos:

   a) Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en la selección, promoción y movilidad del personal de los servicios de salud.

   b) Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica de las convocatorias.

   c) Integración en el régimen organizativo y funcional del servicio de salud y de sus instituciones y centros.

   d) Movilidad del personal en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

   e) Coordinación, cooperación y mutua información entre las Administraciones sanitarias públicas.

   f) Participación, a través de la negociación en las correspondientes mesas, de las organizaciones sindicales especialmente en la determinación de las condiciones y procedimientos de selección, promoción interna y movilidad, del número de las plazas convocadas y de la periodicidad de las convocatorias.

2. La provisión de plazas del personal estatutario se realizará por los sistemas de selección de personal, de promoción interna y de movilidad, así como por reingreso al servicio activo en los supuestos y mediante el procedimiento que en cada servicio de salud se establezcan.

3. En cada servicio de salud se determinarán los puestos que puedan ser provistos mediante libre designación.

4. Los supuestos y procedimientos para la provisión de plazas que estén motivados o se deriven de reordenaciones funcionales, organizativas o asistenciales se establecerán en cada servicio de salud conforme a lo previsto en el artículo 12.3.

Artículo 30. Convocatorias de selección y requisitos de participación.

1. La selección del personal estatutario fijo se efectuará, con carácter periódico, en el ámbito que en cada servicio de salud se determine, a través de convocatoria pública y mediante procedimientos que garanticen los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, así como el de competencia. Las convocatorias se anunciarán en el boletín o diario oficial de la correspondiente Administración pública.

2. Los procedimientos de selección, sus contenidos y pruebas se adecuarán a las funciones a desarrollar en las correspondientes plazas incluyendo, en su caso, la acreditación del conocimiento de la lengua oficial de la respectiva comunidad autónoma en la forma que establezcan las normas autonómicas de aplicación

3. Las convocatorias y sus bases vinculan a la Administración, a los tribunales encargados de juzgar las pruebas y a quienes participen en las mismas.

   Las convocatorias y sus bases, una vez publicadas, solamente podrán ser modificadas con sujeción estricta a las normas de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

4. Las convocatorias deberán identificar las plazas convocadas indicando, al menos, su número y características, y especificarán las condiciones y requisitos que deben reunir los aspirantes, el plazo de presentación de solici-

tudes, el contenido de las pruebas de selección, los baremos y programas aplicables a las mismas y el sistema de calificación.

5. Para poder participar en los procesos de selección de personal estatutario fijo será necesario reunir los siguientes requisitos:

   a) Poseer la nacionalidad española o la de un Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, u ostentar el derecho a la libre circulación de trabajadores conforme al tratado de la Unión Europea o a otros tratados ratificados por España, o tener reconocido tal derecho por norma legal.

   b) Estar en posesión de la titulación exigida en la convocatoria o en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes.

   c) Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del correspondiente nombramiento.

   d) Tener cumplidos 18 años y no exceder de la edad de jubilación forzosa.

   e) No haber sido separado del servicio, mediante expediente disciplinario, de cualquier servicio de salud o Administración pública en los seis años anteriores a la convocatoria, ni hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas ni, en su caso, para la correspondiente profesión.

   f) En el caso de los nacionales de otros Estados mencionados en el párrafo a), no encontrarse inhabilitado, por sanción o pena, para el ejercicio profesional o para el acceso a funciones o servicios públicos en un Estado miembro, ni haber sido separado, por sanción disciplinaria, de alguna de sus Administraciones o servicios públicos en los seis años anteriores a la convocatoria.

6. En las convocatorias para la selección de personal estatutario se reservará un cupo no inferior al cinco por ciento, o al porcentaje que se encuentre vigente con carácter general para la función pública, de las plazas convocadas para ser cubiertas entre personas con discapacidad de grado igual o superior al 33 por ciento, de modo que progresivamente se alcance el dos por ciento de los efectivos totales de cada servicio de salud, siempre que superen las pruebas selectivas y que, en su momento, acrediten el indicado grado de discapacidad y la compatibilidad con el desempeño de las tareas y funciones correspondientes.

   El acceso a la condición de personal estatutario de las personas con discapacidad se inspirará en los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y compensación de desventajas, procediéndose, en su caso, a la adaptación de las pruebas de selección a las necesidades específicas y singularidades de estas personas.

Artículo 31. Sistemas de selección.

1. La selección del personal estatutario fijo se efectuará con carácter general a través del sistema de concurso-oposición.

   La selección podrá realizarse a través del sistema de oposición cuando así resulte más adecuado en función de las características socio-profesionales del colectivo que pueda acceder a las pruebas o de las funciones a desarrollar.

   Cuando las peculiaridades de las tareas específicas a desarrollar o el nivel de cualificación requerida así lo aconsejen, la selección podrá realizarse por el sistema de concurso.

2. La oposición consiste en la celebración de una o más pruebas dirigidas a evaluar la competencia, aptitud e idoneidad de los aspirantes para el desempeño de las correspondientes funciones, así como a establecer su orden de prelación.

   La convocatoria podrá establecer criterios o puntuaciones para superar la oposición o cada uno de sus ejercicios.

3. El concurso consiste en la evaluación de la competencia, aptitud e idoneidad de los aspirantes para el desempeño de las correspondientes funciones a través de la valoración con arreglo a baremo de los aspectos más significativos de los correspondientes currículos, así como a establecer su orden de prelación.

   La convocatoria podrá establecer criterios o puntuaciones para superar el concurso o alguna de sus fases.

4. Los baremos de méritos en las pruebas selectivas para el acceso a nombramientos de personal sanitario se dirigirán a evaluar las competencias profesionales de los aspirantes a través de la valoración, entre otros aspectos, de su currículo profesional y formativo, de los más significativos de su formación pregraduada, especializada y continuada acreditada, de la experiencia profesional en centros sanitarios y de las actividades científicas, docentes y de investigación y de cooperación al desarrollo o ayuda humanitaria en el ámbito de la salud.

5. El concurso-oposición consistirá en la realización sucesiva, y en el orden que la convocatoria determine, de los dos sistemas anteriores.

6. Los servicios de salud determinarán los supuestos en los que será posible, con carácter extraordinario y excepcional, la selección del personal a través de un concurso, o un concurso-oposición, consistente en la evaluación no baremada de la competencia profesional de los aspirantes, evaluación que realizará un tribunal, tras la exposición y defensa pública por los interesados de su currículo profesional, docente, discente e investigador, de acuerdo con los criterios señalados en el anterior apartado 4.

7. Si así se establece en la convocatoria, y como parte del proceso selectivo, aspirantes seleccionados en la oposición, concurso o concurso-oposición, deberán superar un período formativo, o de prácticas, antes de obtener nombramiento como personal estatutario fijo. Durante dicho período, que no será aplicable a las categorías o grupos profesionales para los que se exija título académico o profesional específico, los interesados ostentarán la condición de aspirantes en prácticas.

8. En el ámbito de cada servicio de salud se regulará la composición y funcionamiento de los órganos de selección, que serán de naturaleza colegiada y actuarán de acuerdo con criterios de objetividad, imparcialidad, agilidad y eficacia. Sus miembros deberán ostentar la condición de personal funcionario de carrera o estatutario fijo de las Administraciones públicas o de los servicios de salud, o de personal laboral los centros vinculados al Sistema Nacional de Salud, en plaza o categoría para la que se exija poseer titulación del nivel académico igual o superior a la exigida para el ingreso. Les será de aplicación lo dispuesto en la normativa reguladora de los órganos colegiados y de la abstención y recusación de sus miembros.

Artículo 32. Nombramientos de personal estatutario fijo.

1. Los nombramientos como personal estatutario fijo serán expedidos a favor de los aspirantes que obtengan mayor puntuación en el conjunto de las pruebas y evaluaciones.

2. Los nombramientos serán publicados en la forma que se determine en cada servicio de salud.

3. En el nombramiento se indicará expresamente el ámbito al que corresponde, conforme a lo previsto en la convocatoria y en las disposiciones aplicables en cada servicio de salud.

Artículo 33. Selección de personal temporal.

1. La selección del personal estatutario temporal se efectuará a través de procedimientos que permitan la máxima agilidad en la selección, procedimientos que se basarán en los principios de igualdad, mérito, capacidad, competencia y publicidad y que serán esta-

blecidos previa negociación en las mesas correspondientes.

En todo caso, el personal estatutario temporal deberá reunir los requisitos establecidos en el artículo 30.5 de esta ley.

2. El personal estatutario temporal podrá estar sujeto a un período de prueba, durante el que será posible la resolución de la relación estatutaria a instancia de cualquiera de las partes.

   El período de prueba no podrá superar los tres meses de trabajo efectivo en el caso de personal previsto en los artículos 6.2.a) y 7.2.a) de esta ley, y los dos meses para el resto del personal. En ningún caso el período de prueba podrá exceder de la mitad de la duración del nombramiento, si ésta está precisada en el mismo. Estará exento del período de prueba quien ya lo hubiera superado con ocasión de un anterior nombramiento temporal para la realización de funciones de las mismas características en el mismo servicio de salud en los dos años anteriores a la expedición del nuevo nombramiento.

Artículo 34. Promoción interna.

1. Los servicios de salud facilitarán la promoción interna del personal estatutario fijo a través de las convocatorias previstas en esta ley y en las normas correspondientes del servicio de salud.

2. El personal estatutario fijo podrá acceder, mediante promoción interna y dentro de su servicio de salud de destino, a nombramientos correspondientes a otra categoría, siempre que el título exigido para el ingreso sea de igual o superior nivel académico que el de la categoría de procedencia, y sin perjuicio del número de niveles existentes entre ambos títulos.

3. Los procedimientos para la promoción interna se desarrollarán de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad y por los sistemas de oposición, concurso o concurso-oposición. Podrán realizarse a través de convocatorias específicas si así lo aconsejan razones de planificación o de eficacia en la gestión.

4. Para participar en los procesos selectivos para la promoción interna será requisito ostentar la titulación requerida y estar en servicio activo, y con nombramiento como personal estatutario fijo durante, al menos, dos años en la categoría de procedencia.

5. No se exigirá el requisito de titulación para el acceso a las categorías incluidas en el artículo 7.2.b) de esta ley, salvo que sea necesaria una titulación, acreditación o habilitación profesional específica para el desempeño de las nuevas funciones, siempre que el interesado haya prestado servicios durante cinco años en la categoría de origen y ostente la titulación exigida en el grupo inmediatamente inferior al de la categoría a la que aspira a ingresar.

6. El personal seleccionado por el sistema de promoción interna tendrá preferencia para la elección de plaza respecto del personal seleccionado por el sistema de acceso libre.

Artículo 35. Promoción interna temporal.

1. Por necesidades del servicio y en los supuestos y bajo los requisitos que al efecto se establezcan en cada servicio de salud, se podrá ofrecer al personal estatutario fijo el desempeño temporal, y con carácter voluntario, de funciones correspondientes a nombramientos de una categoría del mismo nivel de titulación o de nivel superior, siempre que ostente la titulación correspondiente. Estos procedimientos serán objeto de negociación en las mesas correspondientes.

2. Durante el tiempo en que realice funciones en promoción interna temporal, el interesado se mantendrá en servicio activo en su categoría de origen, y percibirá las retribuciones correspondientes a las funciones efectivamente desempeñadas, con excepción de los trienios, que serán los correspondientes a su nombramiento original.

3. El ejercicio de funciones en promoción interna temporal no supondrá la consolidación de derecho alguno de carácter retributivo o en relación con la obtención de nuevo nombramiento, sin perjuicio de su posible consideración como mérito en los sistemas de promoción interna previstos en el artículo anterior.

CAPÍTULO VII

MOVILIDAD DEL PERSONAL

Artículo 36. Movilidad por razón del servicio.

El personal estatutario, previa resolución motivada y con las garantías que en cada caso se dispongan, podrá ser destinado a centros o unidades ubicadas fuera del ámbito previsto en su nombramiento de conformidad con lo que establezcan las normas o los planes de ordenación de recursos humanos de su servicio de salud, negociadas en las mesas correspondientes.

Artículo 37. Movilidad voluntaria.

1. Con el fin de garantizar la movilidad en términos de igualdad efectiva del personal estatutario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo, con el informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, procederá, con carácter previo, a la homologación de las distintas clases o categorías funcionales de personal estatutario, en cuanto resulte necesario para articular dicha movilidad entre los diferentes servicios de salud.

2. Los procedimientos de movilidad voluntaria, que se efectuarán con carácter periódico, preferentemente cada dos años, en cada servicio de salud, estarán abiertos a la participación del personal estatutario fijo de la misma categoría y especialidad, así como, en su caso, de la misma modalidad, del resto de los servicios de salud, que participarán en tales procedimientos con las mismas condiciones y requisitos que el personal estatutario del servicio de salud que realice la convocatoria. Se resolverán mediante el sistema de concurso, previa convocatoria pública y de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad.

3. Cuando de un procedimiento de movilidad se derive cambio en el servicio de salud de destino, el plazo de toma de posesión será de un mes a contar desde el día del cese en el destino anterior, que deberá tener lugar en los tres días siguientes a la notificación o publicación del nuevo destino adjudicado.

4. Los destinos obtenidos mediante sistemas de movilidad voluntaria son irrenunciables, salvo que dicha renuncia esté motivada por la obtención de plaza en virtud de la resolución de un procedimiento de movilidad voluntaria convocado por otra Administración pública.

5. Se entenderá que solicita la excedencia voluntaria por interés particular como personal estatutario, y será declarado en dicha situación por el servicio de salud en que prestaba servicios, quien no se incorpore al destino obtenido en un procedimiento de movilidad voluntaria dentro de los plazos establecidos o de las prórrogas de los mismos que legal o reglamentariamente procedan.

   No obstante, si existen causas suficientemente justificadas, así apreciadas, previa audiencia del interesado, por el servicio de salud que efectuó la convocatoria, podrá dejarse sin efecto dicha situación. En tal caso el interesado deberá incorporarse a su nuevo destino tan pronto desaparezcan las causas que en su momento lo impidieron.

Artículo 38. Coordinación y colaboración en las convocatorias.

En las distintas convocatorias de provisión, selección y movilidad, cuando tales convocatorias afecten a más de un servicio de salud, deberá primar el principio de colaboración entre todos los servicios de salud, para lo cual la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los cri-

terios y principios que resulten procedentes en orden a la periodicidad y coordinación de tales convocatorias.

Artículo 39. Comisiones de servicio.

1. Por necesidades del servicio, y cuando una plaza o puesto de trabajo se encuentre vacante o temporalmente desatendido, podrá ser cubierto en comisión de servicios, con carácter temporal, por personal estatutario de la correspondiente categoría y especialidad.

   En este supuesto, el interesado percibirá las retribuciones correspondientes a la plaza o puesto efectivamente desempeñado, salvo que sean inferiores a las que correspondan por la plaza de origen, en cuyo caso se percibirán éstas.

2. El personal estatutario podrá ser destinado en comisión de servicios, con carácter temporal, al desempeño de funciones especiales no adscritas a una determinada plaza o puesto de trabajo.

   En este supuesto, el interesado percibirá las retribuciones de su plaza o puesto de origen.

3. Quien se encuentre en comisión de servicios tendrá derecho a la reserva de su plaza o puesto de trabajo de origen.

CAPÍTULO VIII

CARRERA PROFESIONAL

Artículo 40. Criterios generales de la carrera profesional.

1. Las comunidades autónomas, previa negociación en las mesas correspondientes, establecerán, para el personal estatutario de sus servicios de salud, mecanismos de carrera profesional de acuerdo con lo establecido con carácter general en las normas aplicables al personal del resto de sus servicios públicos, de forma tal que se posibilite el derecho a la promoción de este personal conjuntamente con la mejor gestión de las instituciones sanitarias.

2. La carrera profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.

3. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional de los diferentes servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de la carrera, sus efectos profesionales y la libre circulación de dichos profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

4. Los criterios generales del sistema de desarrollo profesional recogidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos. Su repercusión en la carrera profesional se negociará en las mesas correspondientes.

CAPÍTULO IX

RETRIBUCIONES

Artículo 41. Criterios generales.

1. El sistema retributivo del personal estatutario se estructura en retribuciones básicas y retribuciones complementarias, responde a los principios de cualificación técnica y profesional y asegura el mantenimiento de un modelo común en relación con las retribuciones básicas.

2. Las retribuciones complementarias se orientan prioritariamente a la motivación del personal, a la incentivación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados.

3. La cuantía de las retribuciones se adecuará a lo que dispongan las correspondientes Leyes de Presupuestos.

4. El personal estatutario no podrá percibir participación en los ingresos normativamente atribuidos a los servicios de salud como contraprestación de cualquier servicio.

5. Sin perjuicio de la sanción disciplinaria que, en su caso, pueda corresponder, la parte de jornada no realizada por causas imputables al interesado dará lugar a la deducción proporcional de haberes, que no tendrá carácter sancionador.

6. Quienes ejerciten el derecho de huelga no devengarán ni percibirán las retribuciones correspondientes al tiempo en que hayan permanecido en esa situación, sin que la deducción de haberes que se efectúe tenga carácter de sanción disciplinaria ni afecte al régimen de sus prestaciones sociales.

Artículo 42. Retribuciones básicas.

1. Las retribuciones básicas son:

   a) El sueldo asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño conforme a lo previsto en los artículos 6.2 y 7.2 de esta ley.

   b) Los trienios, que consisten en una cantidad determinada para cada categoría en función de lo previsto en el párrafo anterior, por cada tres años de servicios.

      La cuantía de cada trienio será la establecida para la categoría a la que pertenezca el interesado el día en que se perfeccionó.

   c) Las pagas extraordinarias serán dos al año y se devengarán preferentemente en los meses de junio y diciembre. El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y trienios, al que se añadirá la catorceava parte del importe anual del complemento de destino.

2. Las retribuciones básicas y las cuantías del sueldo y los trienios a que se refiere el apartado anterior serán iguales en todos los servicios de salud y se determinarán, cada año, en las correspondientes Leyes de Presupuestos. Dichas cuantías de sueldo y trienios coincidirán igualmente con las establecidas cada año en las correspondientes Leyes de Presupuestos Generales del Estado para los funcionarios públicos.

Artículo 43. Retribuciones complementarias.

1. Las retribuciones complementarias son fijas o variables, y van dirigidas a retribuir la función desempeñada, la categoría, la dedicación, la actividad, la productividad y cumplimiento de objetivos y la evaluación del rendimiento y de los resultados, determinándose sus conceptos, cuantías y los criterios para su atribución en el ámbito de cada servicio de salud.

2. Las retribuciones complementarias podrán ser:

   a) Complemento de destino correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. El importe anual del complemento de destino se abonará en 14 pagas.

   b) Complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. En ningún caso podrá asignarse más de un complemento específico a cada puesto por una misma circunstancia.

   c) Complemento de productividad, destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos.

   d) Complemento de atención continuada, destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.

e) Complemento de carrera, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.

Artículo 44. Retribuciones del personal temporal.

El personal estatutario temporal percibirá la totalidad de las retribuciones básicas y complementarias que, en el correspondiente servicio de salud, correspondan a su nombramiento, con excepción de los trienios.

Artículo 45. Retribuciones de los aspirantes en prácticas

En el ámbito de cada servicio de salud se fijarán las retribuciones de los aspirantes en prácticas que, como mínimo, corresponderán a las retribuciones básicas, excluidos trienios, del grupo al que aspiren ingresar.

CAPÍTULO X

JORNADA DE TRABAJO, PERMISOS Y LICENCIAS

Sección 1ª

Tiempo de trabajo y régimen de descansos

Artículo 46. Objeto y definiciones.

1. Las normas contenidas en esta sección tienen por objeto el establecimiento de las disposiciones mínimas para la protección de la seguridad y salud del personal estatutario en materia de ordenación del tiempo de trabajo.

   Conforme a ello, las definiciones contenidas en el apartado siguiente relativas a período nocturno, trabajo a turnos y personal nocturno y por turnos se establecen a los efectos exclusivos de la aplicación de las normas de esta sección en materia de tiempo de trabajo y régimen de descansos, sin que tengan influencia en materia de compensaciones económicas u horarias, materia en la que se estará a lo dispuesto específicamente en las normas, pactos o acuerdos que, en cada caso, resulten aplicables.

2. A los efectos de lo establecido en esta sección, se entenderá por:

   a) Centro sanitario: los centros e instituciones a los que se refiere el artículo 29 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

   b) Personal: los que, siendo personal estatutario, prestan servicios en un centro sanitario.

   c) Tiempo de trabajo: el período en el que el personal permanece en el centro sanitario, a disposición del mismo y en ejercicio efectivo de su actividad y funciones.

      Su cómputo se realizará de modo que tanto al comienzo como al final de cada jornada el personal se encuentre en su puesto de trabajo y en el ejercicio de su actividad y funciones.

      Se considerarán, asimismo, tiempo de trabajo los servicios prestados fuera del centro sanitario, siempre que se produzcan como consecuencia del modelo de organización asistencial o deriven de la programación funcional del centro.

   d) Período de localización: período de tiempo en el que el personal se encuentra en situación de disponibilidad que haga posible su localización y presencia inmediata para la prestación de un trabajo o servicios efectivo cuando fuera llamado para atender las necesidades asistenciales que eventualmente se puedan producir.

   e) Período de descanso: todo período de tiempo que no sea tiempo de trabajo.

   f) Período nocturno: el período nocturno se definirá en las normas, pactos o acuerdos que sean aplicables a cada centro sanitario. Tendrá una duración mínima de siete horas e incluirá necesariamente el período comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural. En ausencia de

tal definición, se considerará período nocturno el comprendido entre las 23 horas y las seis horas del día siguiente.

g) Personal nocturno: el que realice normalmente, durante el período nocturno, una parte no inferior a tres horas de su tiempo de trabajo diario.

Asimismo, tendrá la consideración de personal nocturno el que pueda realizar durante el período nocturno un tercio de su tiempo de trabajo anual.

h) Trabajo por turnos: toda forma de organización del trabajo en equipo por la que el personal ocupe sucesivamente las mismas plazas con arreglo a un ritmo determinado, incluido el ritmo rotatorio, que podrá ser de tipo continuo o discontinuo, implicando para el personal la necesidad de realizar su trabajo en distintas horas a lo largo de un período dado de días o de semanas.

i) Personal por turnos: el personal cuyo horario de trabajo se ajuste a un régimen de trabajo por turnos.

j) Programación funcional del centro: las instrucciones que, en uso de su capacidad de organización y de dirección del trabajo, se establezcan por la gerencia o la dirección del centro sanitario en orden a articular, coordinadamente y en todo momento, la actividad de los distintos servicios y del personal de cada uno de ellos para el adecuado cumplimiento de las funciones sanitario-asistenciales.

Artículo 47. Jornada ordinaria de trabajo

1. La jornada ordinaria de trabajo en los centros sanitarios se determinará en las normas, pactos o acuerdos, según en cada caso resulte procedente.

2. A través de la programación funcional del correspondiente centro se podrá establecer la distribución irregular de la jornada a lo largo del año.

Artículo 48. Jornada complementaria

1. Cuando se trate de la prestación de servicios de atención continuada y con el fin de garantizar la adecuada atención permanente al usuario de los centros sanitarios, el personal de determinadas categorías o unidades de los mismos desarrollará una jornada complementaria en la forma en que se establezca a través de la programación funcional del correspondiente centro.

La realización de la jornada complementaria sólo será de aplicación al personal de las categorías o unidades que con anterioridad a la entrada en vigor de esta ley venían realizando una cobertura de la atención continuada mediante la realización de guardias u otro sistema análogo, así como para el personal de aquellas otras categorías o unidades que se determinen previa negociación en las mesas correspondientes.

2. La duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada complementaria y a la jornada ordinaria será de 48 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo, pacto o convenio colectivo se establezca otro cómputo.

No serán tomados en consideración para la indicada duración máxima los períodos de localización, salvo que el interesado sea requerido para la prestación de un trabajo o servicio efectivo, caso en que se computará como jornada tanto la duración del trabajo desarrollado como los tiempos de desplazamiento.

3. La jornada complementaria no tendrá en ningún caso la condición ni el tratamiento establecido para las horas extraordinarias. En consecuencia, no estará afectada por las limitaciones que respecto a la realización de horas extraordinarias establecen o puedan establecer otras normas y disposiciones, y su compensación o retribución específica se determinará independientemente en las normas, pactos o acuerdos que, en cada caso, resulten de aplicación.

Artículo 49. Régimen de jornada especial.

1. Cuando las previsiones del artículo anterior fueran insuficientes para garantizar la adecuada atención continuada y permanente, y siempre que existan razones organizativas o asistenciales que así lo justifiquen, previa oferta expresa del centro sanitario, podrá superarse la duración máxima conjunta de la jornada ordinaria y la jornada complementaria cuando el personal manifieste, por escrito, individualizada y libremente, su consentimiento en ello.

   En este supuesto, los excesos de jornada sobre lo establecido en el artículo 48.2 tendrán el carácter de jornada complementaria y un límite máximo de 150 horas al año.

2. Los centros sanitarios podrán establecer previamente los requisitos para otorgar por parte del personal el consentimiento previsto en el apartado anterior, especialmente en lo relativo a la duración mínima del compromiso.

3. En los supuestos previstos en este artículo, el centro sanitario deberá asegurar que:

   a) Nadie sufra perjuicio alguno por el hecho de no prestar el consentimiento a que se refiere el apartado 1, sin que pueda ser considerado perjuicio a estos efectos un menor nivel retributivo derivado de un menor nivel de dedicación.

   b) Existan registros actualizados del personal que desarrolle este régimen de jornada, que estarán a disposición de las autoridades administrativas o laborales competentes, que podrán prohibir o limitar, por razones de seguridad o salud del personal, los excesos sobre la duración máxima de la jornada prevista en el artículo 48.2.

   c) Se respeten los principios generales de protección de la seguridad y salud.

Artículo 50. Pausa en el trabajo.

Siempre que la duración de una jornada exceda de seis horas continuadas deberá establecerse un período de descanso durante la misma de duración no inferior a 15 minutos. El momento de disfrute de este período se supeditará al mantenimiento de la atención de los servicios.

Artículo 51. Jornada y descanso diarios.

1. El tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria no excederá de 12 horas ininterrumpidas.

   No obstante, mediante la programación funcional de los centros se podrán establecer jornadas de hasta 24 horas para determinados servicios o unidades sanitarias, con carácter excepcional y cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales. En estos casos, los periodos mínimos de descanso ininterrumpido deberán ser ampliables de acuerdo con los resultados de los correspondientes procesos de negociación sindical en los servicios de salud y con la debida progresividad para hacerlos compatibles con las posibilidades de los servicios y unidades afectados por las mismas.

2. El personal tendrá derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido de 12 horas entre el fin de una jornada y el comienzo de la siguiente.

3. El descanso entre jornadas de trabajo previsto en el apartado anterior se reducirá, en los términos que exija la propia causa que lo justifica, en los siguientes supuestos:

   a) En el caso de trabajo a turnos, cuando el personal cambie de equipo y no pueda disfrutar del período de descanso diario entre el final de la jornada de un equipo y el comienzo de la jornada del siguiente.

   b) Cuando se sucedan, en un intervalo inferior a 12 horas, tiempos de trabajo correspondientes a jornada ordinaria, jornada complementaria o, en su caso, jornada especial.

4. En los supuestos previstos en el apartado anterior, será de aplicación el régimen de compensación por medio de descansos alternativos establecidos en el artículo 54.

Artículo 52. Descanso semanal.

1. El personal tendrá derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido con una duración media de 24 horas semanales, período que se incrementará con el mínimo de descanso diario previsto en el artículo 51.2.

2. El período de referencia para el cálculo del período de descanso establecido en el apartado anterior será de dos meses.

3. En el caso de que no se hubiera disfrutado del tiempo mínimo de descanso semanal en el período establecido en el apartado anterior, se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos previstos en el artículo 54.

Artículo 53. Vacaciones anuales.

1. Anualmente, el personal tendrá derecho a una vacación retribuida cuya duración no será inferior a 30 días naturales, o al tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.

2. El período o períodos de disfrute de la vacación anual se fijará conforme a lo que prevea al respecto la programación funcional del correspondiente centro.

3. El período de vacación anual sólo podrá ser sustituido por una compensación económica en el caso de finalización de la prestación de servicios.

Artículo 54. Régimen de descansos alternativos

1. Cuando no se hubiera disfrutado de los períodos mínimos de descanso diario establecidos en esta ley, se tendrá derecho a su compensación mediante descansos alternativos cuya duración total no podrá ser inferior a la reducción experimentada.

2. La compensación señalada en el apartado anterior se entenderá producida cuando se haya disfrutado, en cómputo trimestral, un promedio semanal de 96 horas de descanso, incluyendo los descansos semanales disfrutados, computando para ello todos los períodos de descanso de duración igual o superior a 12 horas consecutivas.

3. El disfrute de los descansos compensatorios previstos en este artículo no podrá ser sustituido por compensación económica, salvo en los casos de finalización de la relación de servicios o de las circunstancias que pudieran derivar del hecho insular.

Artículo 55. Personal nocturno.

El tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria del personal nocturno no excederá de 12 horas ininterrumpidas.

No obstante, mediante la programación funcional de los centros se podrán establecer jornadas de hasta 24 horas en determinados servicios o unidades sanitarias, cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales.

Artículo 56. Personal a turnos.

1. El régimen de jornada del personal a turnos será el establecido en los artículos 47, 48 o 49, según proceda, de esta ley.

2. El personal a turnos disfrutará de los períodos de pausa y de descanso establecidos en los artículos 50, 51, 52, 53, y, en su caso, 54, de esta ley.

3. El personal a turnos disfrutará de un nivel de protección de su seguridad y salud que será equivalente, como mínimo, al aplicable al restante personal del centro sanitario.

Artículo 57. Determinación de los períodos de referencia.

Siempre que en esta sección se menciona un período de tiempo semanal, mensual o anual, se entenderá referido a semanas, meses o años naturales.

Cuando la mención se efectúa a un período de tiempo semestral, se entenderá referida al primero o al segundo de los semestres de cada año natural.

Artículo 58. Carácter de los períodos de descanso.

1. La pausa en el trabajo prevista en el artículo 50 tendrá la consideración de tiempo de trabajo efectivo en la forma que esté establecido por norma, pacto o acuerdo, según corresponda.

2. Los períodos de descanso diario y semanal a que se refieren los artículos 51 y 52 de esta ley, y en su caso los descansos alternativos previstos en su artículo 54, no tendrán el carácter ni la consideración de trabajo efectivo, ni podrán ser, en ningún caso, tomados en consideración para el cumplimiento de la jornada ordinaria de trabajo determinada conforme a lo establecido en el artículo 46 de esta norma.

3. El período de vacación anual retribuida y los períodos de baja por enfermedad, serán neutros para el cálculo de los promedios previstos en los artículos 47, 48, 52 y 54 de esta ley.

Artículo 59. Medidas especiales en materia de salud pública.

1. Las disposiciones de esta sección relativas a jornadas de trabajo y períodos de descanso podrán ser transitoriamente suspendidas cuando las autoridades sanitarias adopten medidas excepcionales sobre el funcionamiento de los centros sanitarios conforme a lo previsto en el artículo 29.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, siempre que tales medidas así lo justifiquen y exclusivamente por el tiempo de su duración.

   La adopción de estas medidas se comunicará a los órganos de representación del personal.

2. Las disposiciones de esta ley relativas a jornadas de trabajo y períodos de descanso podrán ser suspendidas en un determinado centro, por el tiempo imprescindible y mediante resolución motivada adoptada previa consulta con los representantes del personal, cuando las circunstancias concretas que concurran en el centro imposibiliten el mantenimiento de la asistencia sanitaria a la población con los recursos humanos disponibles.

   En este caso, se elaborará un plan urgente de captación de recursos humanos que permita restituir la normalidad en el mantenimiento de la asistencia sanitaria.

3. Las medidas especiales previstas en este artículo no podrán afectar al personal que se encuentre en situación de permiso por maternidad o licencia por riesgo durante el embarazo.

Sección 2ª

Jornadas parciales, fiestas y permisos

Artículo 60. Jornada de trabajo a tiempo parcial.

1. Los nombramientos de personal estatutario, fijo o temporal, podrán expedirse para la prestación de servicios en jornada completa o para la prestación a dedicación parcial, en el porcentaje, días y horario que, en cada caso y atendiendo a las circunstancias organizativas, funcionales y asistenciales, se determine.

2. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, determinarán la limitación máxima de la jornada a tiempo parcial respecto a la jornada completa, con el límite máximo del 75 por ciento de la jornada ordinaria, en cómputo anual, o del que proporcionalmente corresponda si se trata de nombramiento temporal de menor duración.

3. Cuando se trate de nombramientos de dedicación parcial, se indicará expresamente tal circunstancia en las correspondientes convocatorias de acceso o de movilidad voluntaria y en los procedimientos de selección de personal temporal.

4. Resultarán aplicables al personal estatutario los supuestos de reducciones de jornada establecidas para los funcionarios públicos en las normas aplicables en la correspondiente comunidad autónoma, para la conciliación de la vida familiar y laboral.

Artículo 61. Régimen de fiestas y permisos

1. El personal estatutario tendrá derecho a disfrutar del régimen de fiestas y permisos que se establezca en el ámbito de cada una de las comunidades autónomas.

2. El personal estatutario tendrá derecho a disfrutar del régimen de permisos establecido para los funcionarios públicos por la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, sobre conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

3. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán conceder permisos retribuidos o con retribución parcial, con motivo de la realización de estudios o para la asistencia a cursos de formación o especialización que tengan relación directa con las funciones de los servicios sanitarios e interés relevante para el servicio de salud. Podrá exigirse como requisito previo para su concesión el compromiso del interesado de continuar prestando servicios en la misma institución, centro, área o servicio de salud, durante los plazos que se establezcan, a contar desde la finalización del permiso. El incumplimiento de dicho compromiso implicará la devolución por el interesado de la parte proporcional que resulte procedente de las retribuciones percibidas durante el permiso.

4. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán conceder permisos no retribuidos o con retribución parcial, para la asistencia a cursos o seminarios de formación o para participar en programas acreditados de cooperación internacional o en actividades y tareas docentes o de investigación sobre materias relacionadas con la actividad de los servicios de salud.

CAPÍTULO XI

SITUACIONES DEL PERSONAL ESTATUTARIO

Artículo 62. Situaciones.

1. El régimen general de situaciones del personal estatutario fijo comprende las siguientes:

   a) Servicio activo.

   b) Servicios especiales.

   c) Servicios bajo otro régimen jurídico.

   d) Excedencia por servicios en el sector público.

   e) Excedencia voluntaria.

   f) Suspensión de funciones.

2. Las comunidades autónomas podrán establecer los supuestos de concesión y el régimen relativo a las situaciones de expectativa de destino, excedencia forzosa y excedencia voluntaria incentivada, así como los de otras situaciones administrativas aplicables a su personal estatutario dirigidas a optimizar la planificación de sus recursos humanos, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 12.

3. Será aplicable al personal estatutario la situación de excedencia para el cuidado de familiares establecida para los funcionarios públicos por la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

Artículo 63. Servicio activo.

1. El personal estatutario se hallará en servicio activo cuando preste los servicios correspondientes a su nombramiento como tal, cualquiera que sea el servicio de salud, institución o centro en el que se encuentre destinado, así como cuando desempeñe puesto de trabajo de las relaciones de puestos de

las Administraciones públicas abierto al personal estatutario.

2. El personal que se encuentre en situación de servicio activo goza de todos los derechos y queda sometido a todos los deberes inherentes a su condición, y se regirá por esta ley y las normas correspondientes al personal estatutario del servicio de salud en que preste servicios.

3. Se mantendrán en la situación de servicio activo, con los derechos que en cada caso correspondan, quienes estén en comisión de servicios, disfruten de vacaciones o permisos o se encuentren en situación de incapacidad temporal, así como quienes reciban el encargo temporal de desempeñar funciones correspondientes a otro nombramiento conforme a lo previsto en el artículo 35.

4. Se mantendrán en servicio activo, con las limitaciones de derechos que se establecen en el artículo 75 de esta ley y las demás que legalmente correspondan, quienes sean declarados en suspensión provisional de funciones.

Artículo 64. Servicios especiales.

1. El personal estatutario será declarado en situación de servicios especiales en los supuestos establecidos con carácter general para los funcionarios públicos, así como cuando acceda a plaza de formación sanitaria especializada mediante residencia o a puesto directivo de las organizaciones internacionales, de las Administraciones públicas, de los servicios de salud o de instituciones o centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

   Quien se encuentre en la situación de servicios especiales prevista en este apartado tendrá derecho al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad y carrera, en su caso, al percibo de trienios y a la reserva de la plaza de origen.

2. También será declarado en situación de servicios especiales el personal estatutario que sea autorizado por la Administración pública competente, por períodos superiores a seis meses, para prestar servicios o colaborar con organizaciones no gubernamentales que desarrollen programas de cooperación, o para cumplir misiones en programas de cooperación nacional o internacional.

   Quien se encuentre en la situación de servicios especiales prevista en este apartado tendrá derecho al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad y a la reserva de la plaza de origen.

Artículo 65. Servicios bajo otro régimen jurídico.

1. Pasarán a la situación de servicios bajo otro régimen jurídico quienes acepten la oferta de cambio de su relación de empleo que efectúen los servicios de salud al personal estatutario fijo, para prestar servicios en un centro cuya gestión sea asumida bien por una entidad creada o participada en un mínimo de la mitad de su capital por el propio servicio de salud o comunidad autónoma, bien por otras entidades surgidas al amparo de nuevas fórmulas de gestión promovidas por el servicio de salud o comunidad autónoma y creadas al amparo de la normativa que las regule.

2. El personal en situación de servicios bajo otro régimen jurídico tendrá derecho al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad. Durante los tres primeros años se ostentará derecho para la reincorporación al servicio activo en la misma categoría y área de salud de origen o, si ello no fuera posible, en áreas limítrofes con aquélla.

Artículo 66. Excedencia por prestar servicios en el sector público

1. Procederá declarar al personal estatutario en excedencia por prestación de servicios en el sector público:

   a) Cuando presten servicios en otra categoría de personal estatutario, como funcionario o como personal laboral, en cualquiera de las Administraciones públicas,

salvo que hubiera obtenido la oportuna autorización de compatibilidad.

b) Cuando presten servicios en organismos públicos y no les corresponda quedar en otra situación.

2. A los efectos de lo previsto en el apartado anterior deben considerarse incluidas en el sector público aquellas entidades en las que la participación directa o indirecta de las Administraciones públicas sea igual o superior al 50 por ciento, o en todo caso, cuando las mismas posean una situación de control efectivo.

3. El personal estatutario excedente por prestación de servicios en el sector público no devengará retribuciones, y el tiempo de permanencia en esta situación les será reconocido a efectos de trienios y carrera profesional, en su caso, cuando reingresen al servicio activo.

Artículo 67. Excedencia voluntaria

1. La situación de excedencia voluntaria se declarará de oficio o a solicitud del interesado, según las reglas siguientes:

a) Podrá concederse la excedencia voluntaria al personal estatutario cuando lo solicite por interés particular.

Para obtener el pase a esta situación será preciso haber prestado servicios efectivos en cualquiera de las Administraciones públicas durante los cinco años inmediatamente anteriores.

La concesión de la excedencia voluntaria por interés particular quedará subordinada a las necesidades del servicio, debiendo motivarse, en su caso, su denegación. No podrá concederse la excedencia voluntaria por interés particular a quien esté sometido a un expediente disciplinario.

b) Se concederá la excedencia voluntaria por agrupación familiar al personal estatutario que así lo solicite y cuyo cónyuge resida en otra localidad fuera del ámbito del nombramiento del interesado, por haber obtenido y estar desempeñando plaza con carácter fijo como personal del Sistema Nacional de Salud, como funcionario de carrera o personal laboral de cualquier Administración pública.

c) Procederá declarar de oficio en excedencia voluntaria al personal estatutario cuando, finalizada la causa que determinó el pase a una situación distinta a la de activo, incumplan la obligación de solicitar el reingreso al servicio activo en el plazo que se determine en cada servicio de salud.

2. En los supuestos previstos en los párrafos a) y c) del apartado anterior, el tiempo mínimo de permanencia en la situación de excedencia voluntaria será de dos años.

3. El personal estatutario en situación de excedencia voluntaria no devengará retribuciones, ni le será computable el tiempo que permanezca en tal situación a efectos de carrera profesional o trienios.

Artículo 68. Suspensión de funciones.

1. El personal declarado en la situación de suspensión firme quedará privado durante el tiempo de permanencia en la misma del ejercicio de sus funciones y de todos los derechos inherentes a su condición.

2. La suspensión firme determinará la pérdida del puesto de trabajo cuando exceda de seis meses.

3. La suspensión firme se impondrá en virtud de sentencia dictada en causa criminal o en virtud de sanción disciplinaria.

La suspensión por condena criminal se impondrá como pena, en los términos acordados en la sentencia.

La suspensión firme por sanción disciplinaria no podrá exceder de seis años.

4. El personal declarado en la situación de suspensión firme de funciones no podrá prestar servicios en ninguna Administración pública,

ni en los organismos públicos o en las entidades de derecho público dependientes o vinculadas a ellas, ni en las entidades públicas sujetas a derecho privado o fundaciones sanitarias, durante el tiempo de cumplimiento de la pena o sanción.

Artículo 69. Reingreso al servicio activo.

1. Con carácter general, el reingreso al servicio activo será posible en cualquier servicio de salud a través de los procedimientos de movilidad voluntaria a que se refiere el artículo 37 de esta ley.

2. El reingreso al servicio activo también procederá en el servicio de salud de procedencia del interesado, con ocasión de vacante y carácter provisional, en el ámbito territorial y en las condiciones que en cada servicio de salud se determinen. La plaza desempeñada con carácter provisional será incluida en la primera convocatoria para la movilidad voluntaria que se efectúe.

3. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 19. c), de esta ley cuando las circunstancias que concurran así lo aconsejen, a criterio de cada servicio de salud, institución o centro de destino se podrá facilitar al profesional reincorporado al servicio activo la realización de un programa específico de formación complementaria o de actualización de los conocimientos, técnicas, habilidades y aptitudes necesarias para ejercer adecuadamente su profesión o desarrollar las actividades y funciones derivadas de su nombramiento. El seguimiento de este programa no afectará a la situación ni a los derechos económicos del interesado.

CAPÍTULO XII

RÉGIMEN DISCIPLINARIO

Artículo 70. Responsabilidad disciplinaria.

El personal estatutario incurrirá en responsabilidad disciplinaria por las faltas que cometa.

Artículo 71. Principios de la potestad disciplinaria.

1. El régimen disciplinario responderá a los principios de tipicidad, eficacia y proporcionalidad en todo el Sistema Nacional de Salud, y su procedimiento, a los de inmediatez, economía procesal y pleno respeto de los derechos y garantías correspondientes.

2. Los órganos competentes de cada servicio de salud ejercerán la potestad disciplinaria por las infracciones que cometa su personal estatutario, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial, civil o penal que pueda derivarse de tales infracciones.

3. La potestad disciplinaria corresponde al servicio de salud en el que el interesado se encuentre prestando servicios en el momento de comisión de la falta, con independencia del servicio de salud en el que inicialmente obtuvo su nombramiento. Las sanciones que, en su caso, se impongan tendrán validez y eficacia en todos los servicios de salud.

4. Cuando de la instrucción de un expediente disciplinario resulte la existencia de indicios fundados de criminalidad, se suspenderá su tramitación poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

5. Los hechos declarados probados por resoluciones judiciales firmes vinculan a los servicios de salud.

6. Sólo podrán sancionarse las acciones u omisiones que, en el momento de producirse, constituyan infracción disciplinaria. Las normas definidoras de infracciones y sanciones no serán susceptibles de aplicación analógica.

7. Entre la infracción cometida y la sanción impuesta deberá existir la adecuada proporcionalidad.

8. La cancelación de las sanciones disciplinarias impedirá la apreciación de reincidencia.

Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas.

1. Las faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves.

2. Son faltas muy graves:

a) El incumplimiento del deber de respeto a la Constitución o al respectivo Estatuto de Autonomía en el ejercicio de sus funciones.

b) Toda actuación que suponga discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, de raza, lengua, género, religión o circunstancias económicas, personales o sociales, tanto del personal como de los usuarios, o por la condición en virtud de la cual éstos accedan a los servicios de las instituciones o centros sanitarios.

c) El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios.

d) El abandono del servicio.

e) La falta de asistencia durante más de cinco días continuados o la acumulación de siete faltas en dos meses sin autorización ni causa justificada.

f) El notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.

g) La desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de un superior directo, mediato o inmediato, emitidas por éste en el ejercicio de sus funciones, salvo que constituyan una infracción manifiesta y clara y terminante de un precepto de una ley o de otra disposición de carácter general.

h) La notoria falta de rendimiento que comporte inhibición en el cumplimiento de sus funciones.

i) La negativa a participar activamente en las medidas especiales adoptadas por las Administraciones públicas o servicios de salud cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

j) El incumplimiento de la obligación de atender los servicios esenciales establecidos en caso de huelga.

k) La realización de actuaciones manifiestamente ilegales en el desempeño de sus funciones, cuando causen perjuicio grave a la Administración, a las instituciones y centros sanitarios o a los ciudadanos.

l) El incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades, cuando suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.

m) La prevalencia de la condición de personal estatutario para obtener un beneficio indebido para sí o para terceros, y especialmente la exigencia o aceptación de compensación por quienes provean de servicios o materiales a los centros o instituciones.

n) Los actos dirigidos a impedir o coartar el libre ejercicio de los derechos fundamentales, las libertades públicas y los derechos sindicales.

ñ) La realización de actos encaminados a coartar el libre ejercicio del derecho de huelga o a impedir el adecuado funcionamiento de los servicios esenciales durante la misma.

o) La grave agresión a cualquier persona con la que se relacionen en el ejercicio de sus funciones.

p) El acoso sexual, cuando suponga agresión o chantaje.

q) La exigencia de cualquier tipo de compensación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.

r) La utilización de los locales, instalaciones o equipamiento de las instituciones, cen-

tros o servicios de salud para la realización de actividades o funciones ajenas a dichos servicios.

s) La inducción directa, a otro u otros, a la comisión de una falta muy grave, así como la cooperación con un acto sin el cual una falta muy grave no se habría cometido.

t) El exceso arbitrario en el uso de autoridad que cause perjuicio grave al personal subordinado o al servicio.

u) La negativa expresa a hacer uso de los medios de protección disponibles y seguir las recomendaciones establecidas para la prevención de riesgos laborales, así como la negligencia en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

3. Tendrán consideración de faltas graves:

a) La falta de obediencia debida a los superiores.

b) El abuso de autoridad en el ejercicio de sus funciones.

c) El incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios cuando no constituya falta muy grave.

d) La grave desconsideración con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.

e) El acoso sexual, cuando el sujeto activo del acoso cree con su conducta un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto del mismo.

f) Los daños o el deterioro en las instalaciones, equipamiento, instrumental o documentación, cuando se produzcan por negligencia inexcusable.

g) La falta de rendimiento que afecte al normal funcionamiento de los servicios y no constituya falta muy grave.

h) El incumplimiento de los plazos u otras disposiciones de procedimiento en materia de incompatibilidades, cuando no suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.

i) El incumplimiento injustificado de la jornada de trabajo que, acumulado, suponga más de 20 horas al mes.

j) Las acciones u omisiones dirigidas a evadir los sistemas de control de horarios o a impedir que sean detectados los incumplimientos injustificados de la jornada de trabajo.

k) La falta injustificada de asistencia durante más de tres días continuados, o la acumulación de cinco faltas en dos meses, computados desde la primera falta, cuando no constituyan falta muy grave.

l) La aceptación de cualquier tipo de contraprestación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.

m) La negligencia en la utilización de los medios disponibles y en el seguimiento de las normas para la prevención de riesgos laborales, cuando haya información y formación adecuadas y los medios técnicos indicados, así como el descuido en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien no tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

n) El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas muy graves, así como la inducción directa, a otro u otros, a la comisión de una falta grave y la cooperación con un acto sin el cual una falta grave no se habría cometido.

4. Tendrán consideración de faltas leves:

a) El incumplimiento injustificado del horario o jornada de trabajo, cuando no constituya falta grave.

b) La falta de asistencia injustificada cuando no constituya falta grave o muy grave.

c) La incorrección con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.

d) El descuido o negligencia en el cumplimiento de sus funciones cuando no afecte a los servicios de salud, Administración o usuarios.

e) El descuido en el cumplimiento de las disposiciones expresas sobre seguridad y salud.

f) El incumplimiento de sus deberes u obligaciones, cuando no constituya falta grave o muy grave.

g) El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas graves.

5. Las comunidades autónomas podrán, por norma con rango de ley, establecer otras faltas además de las tipificadas en los apartados anteriores.

6. Las faltas muy graves prescribirán a los cuatro años, las graves a los dos años y las leves a los seis meses. El plazo de prescripción comenzará a contarse desde que la falta se hubiera cometido y se interrumpirá desde la notificación del acuerdo de iniciación del procedimiento disciplinario, volviendo a correr de nuevo si éste estuviera paralizado más de tres meses por causa no imputable al interesado.

Artículo 73. Clases, anotación, prescripción y cancelación de las sanciones.

1. Las faltas serán corregidas con las siguientes sanciones:

a) Separación del servicio. Esta sanción comportará la pérdida de la condición de personal estatutario y sólo se impondrá por la comisión de faltas muy graves. Durante los seis años siguientes a su ejecución, el interesado no podrá concurrir a las pruebas de selección para la obtención de la condición de personal estatutario fijo, ni prestar servicios como personal estatuario temporal. Asimismo, durante dicho período, no podrá prestar servicios en ninguna Administración pública ni en los organismos públicos o en las entidades de derecho público dependientes o vinculadas a ellas ni en las entidades públicas sujetas a derecho privado y fundaciones sanitarias.

b) Traslado forzoso con cambio de localidad, sin derecho a indemnización y con prohibición temporal de participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse a la localidad de procedencia hasta un máximo de cuatro años. Esta sanción sólo podrá imponerse como consecuencia de faltas muy graves.

c) Suspensión de funciones. Cuando esta sanción se imponga por faltas muy graves, no podrá superar los seis años ni será inferior a los dos años. Si se impusiera por faltas graves, no superará los dos años. Si la suspensión no supera los seis meses, el interesado no perderá su destino.

d) Traslado forzoso a otra institución o centro sin cambio de localidad, con prohibición temporal, hasta un máximo de dos años, de participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse al centro de procedencia. Esta sanción sólo podrá imponerse como consecuencia de faltas graves.

e) Apercibimiento, que será siempre por escrito, y sólo se impondrá por faltas leves.

2. Las comunidades autónomas, por la norma que en cada caso proceda, podrán establecer otras sanciones o sustituir las indicadas en el apartado anterior.

3. La determinación concreta de la sanción, dentro de la graduación que se establece en el apartado 1, se efectuará tomando en consideración el grado de intencionalidad, descuido o negligencia que se revele en la conducta, el daño al interés público, cuantificándolo en términos económicos cuando sea posible, y la reiteración o reincidencia.

4. Las sanciones impuestas por faltas muy graves prescribirán a los cuatro años, las impuestas por faltas graves a los dos años y

a los seis meses las que correspondan a faltas leves.

El plazo de prescripción comenzará a contarse desde la firmeza de la resolución sancionadora o desde que se quebrante el cumplimiento de la sanción cuando su ejecución ya hubiere comenzado. Se interrumpirá cuando se inicie, con conocimiento del interesado, el procedimiento de ejecución de la sanción impuesta y volverá a correr de nuevo si el procedimiento se paraliza durante más de seis meses por causa no imputable al interesado.

5. Las sanciones disciplinarias firmes que se impongan al personal estatutario se anotarán en su expediente personal. Las anotaciones se cancelarán de oficio conforme a los siguientes períodos, computados desde el cumplimiento de la sanción:

   a) Seis meses para las sanciones impuestas por faltas leves.

   b) Dos años para las sanciones impuestas por faltas graves.

   c) Cuatro años para las sanciones impuestas por faltas muy graves.

6. En ningún caso se computarán a efectos de reincidencia las anotaciones canceladas.

Artículo 74. Procedimiento disciplinario.

1. No podrá imponerse sanción por la comisión de faltas muy graves o graves, sino mediante el procedimiento establecido en la correspondiente Administración Pública.

   Para la imposición de sanciones por faltas leves no será preceptiva la previa instrucción del procedimiento a que se refiere el párrafo anterior, salvo el trámite de audiencia al inculpado, que deberá evacuarse en todo caso.

2. El procedimiento disciplinario se ajustará, en todos los servicios de salud, a los principios de celeridad, inmediatez y economía procesal, y deberá garantizar al interesado, además de los reconocidos en el artículo 35 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, los siguientes derechos:

   a) A la presunción de inocencia.

   b) A ser notificado del nombramiento de instructor y, en su caso, secretario, así como a recusar a los mismos.

   c) A ser notificado de los hechos imputados, de la infracción que constituyan y de las sanciones que, en su caso, puedan imponerse, así como de la resolución sancionadora.

   d) A formular alegaciones en cualquier fase del procedimiento.

   e) A proponer cuantas pruebas sean adecuadas para la determinación de los hechos.

   f) A ser asesorado y asistido por los representantes sindicales.

   g) A actuar asistido de letrado.

Artículo 75. Medidas provisionales.

1. Como medida cautelar, y durante la tramitación de un expediente disciplinario por falta grave o muy grave o de un expediente judicial, podrá acordarse mediante resolución motivada la suspensión provisional de funciones del interesado.

2. Cuando la suspensión provisional se produzca como consecuencia de expediente disciplinario, no podrá exceder de seis meses, salvo paralización del procedimiento imputable al interesado.

   Durante la suspensión provisional, el interesado percibirá las retribuciones básicas. No se le acreditará haber alguno en caso de incomparecencia en el procedimiento.

   Si el expediente finaliza con la sanción de separación del servicio o con la de suspensión de funciones, sus efectos se

retrotraerán a la fecha de inicio de la suspensión provisional.

Si el expediente no finaliza con la suspensión de funciones ni se produce la separación del servicio, el interesado se reincorporará al servicio activo en la forma en que se establezca en la correspondiente resolución y tendrá derecho a la percepción de las retribuciones dejadas de percibir, tanto básicas como complementarias, incluidas las de carácter variable que hubieran podido corresponder.

3. Se podrá acordar la suspensión provisional, como medida cautelar, cuando se hubiera dictado auto de procesamiento o de apertura de juicio oral conforme a las normas procesales penales, cualquiera que sea la causa del mismo.

   En este caso, la duración de la suspensión provisional se extenderá, como máximo, hasta la resolución del procedimiento y el interesado tendrá derecho a la percepción de las retribuciones básicas en las condiciones previstas en el apartado anterior.

4. Procederá la declaración de la suspensión provisional, sin derecho a la percepción de retribuciones, con motivo de la tramitación de un procedimiento judicial y durante el tiempo que se extienda la prisión provisional u otras medidas decretadas por el juez, siempre que determinen la imposibilidad de desempeñar las funciones derivadas del nombramiento durante más de cinco días consecutivos.

5. Las comunidades autónomas, mediante la norma que resulte procedente, podrán establecer otras medidas provisionales para los supuestos previstos en este artículo.

CAPÍTULO XIII

INCOMPATIBILIDADES

Artículo 76. Régimen general.

Resultará de aplicación al personal estatutario el régimen de incompatibilidades establecido con carácter general para los funcionarios públicos, con las normas específicas que se determinan en esta ley. En relación al régimen de compatibilidad entre las funciones sanitarias y docentes, se estará a lo que establezca la legislación vigente.

Artículo 77. Normas específicas.

1. Será compatible el disfrute de becas y ayudas de ampliación de estudios concedidas en régimen de concurrencia competitiva al amparo de programas oficiales de formación y perfeccionamiento del personal, siempre que para participar en tales acciones se requiera la previa propuesta favorable del servicio de salud en el que se esté destinado y que las bases de la convocatoria no establezcan lo contrario.

2. En el ámbito de cada servicio de salud se establecerán las disposiciones oportunas para posibilitar la renuncia al complemento específico por parte del personal licenciado sanitario.

   A estos efectos, los servicios de salud regularán los supuestos, requisitos, efectos y procedimientos para dicha solicitud.

3. La percepción de pensión de jubilación por un régimen público de Seguridad Social será compatible con la situación del personal emérito a que se refiere la disposición adicional cuarta.

   Las retribuciones del personal emérito, sumadas a su pensión de jubilación, no podrán superar las retribuciones que el interesado percibía antes de su jubilación, consideradas, todas ellas, en cómputo anual.

4. La percepción de pensión de jubilación parcial será compatible con las retribuciones

derivadas de una actividad a tiempo parcial.

CAPÍTULO XIV

REPRESENTACIÓN, PARTICIPACIÓN Y NEGOCIACIÓN COLECTIVA

Artículo 78. Criterios generales.

Resultarán de aplicación al personal estatutario, en materia de representación, participación y negociación colectiva para la determinación de sus condiciones de trabajo, las normas generales contenidas en la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y de participación del personal al servicio de las Administraciones públicas, y disposiciones de desarrollo, con las peculiaridades que se establecen en esta ley.

Artículo 79. Mesas sectoriales de negociación.

1. La negociación colectiva de las condiciones de trabajo del personal estatutario de los servicios de salud se efectuará mediante la capacidad representativa reconocida a las organizaciones sindicales en la Constitución y en la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical.

2. En el ámbito de cada servicio de salud se constituirá una mesa sectorial de negociación, en la que estarán presentes los representantes de la correspondiente Administración pública o servicio de salud y las organizaciones sindicales más representativas a nivel estatal y de la comunidad autónoma, así como las que hayan obtenido el 10 por ciento o más de los representantes en la elecciones para delegados y juntas de personal en el servicio de salud.

Artículo 80. Pactos y acuerdos.

1. En el seno de las mesas de negociación, los representantes de la Administración o servicio de salud y los representantes de las organizaciones sindicales podrán concertar pactos y acuerdos.

   Los pactos, que serán de aplicación directa al personal afectado, versarán sobre materias que correspondan al ámbito competencial del órgano que los suscriba.

   Los acuerdos se referirán a materias cuya competencia corresponda al órgano de gobierno de la correspondiente Administración pública y, para su eficacia, precisarán la previa, expresa y formal aprobación del citado órgano de gobierno.

2. Deberán ser objeto de negociación, en los términos previstos en el Capítulo III de la Ley 9/1987, de 12 de junio, las siguientes materias:

   a) La determinación y aplicación de las retribuciones del personal estatutario.

   b) Los planes y fondos de formación.

   c) Los planes de acción social.

   d) Las materias relativas a la selección de personal estatutario y a la provisión de plazas, incluyendo la oferta global de empleo del servicio de salud.

   e) La regulación de la jornada laboral, tiempo de trabajo y régimen de descansos.

   f) El régimen de permisos y licencias.

   g) Los planes de ordenación de recursos humanos.

   h) Los sistemas de carrera profesional.

   i) Las materias relativas a la prevención de riesgos laborales.

   j) Las propuestas sobre la aplicación de los derechos sindicales y de participación.

   k) En general, cuantas materias afecten a las condiciones de trabajo y al ámbito de relaciones del personal estatutario y sus organizaciones sindicales con la Administración pública o el servicio de salud.

3. La negociación colectiva estará presidida por los principios de buena fe y de voluntad negociadora, debiendo facilitarse las partes la información que resulte necesaria para la eficacia de la negociación.

4. Quedan excluidas de la obligatoriedad de negociación las decisiones de la Administración pública o del servicio de salud que afecten a sus potestades de organización, al ejercicio de derechos por los ciudadanos y al procedimiento de formación de los actos y disposiciones administrativas.

   Cuando las decisiones de la Administración o servicio de salud que afecten a sus potestades de organización puedan tener repercusión sobre las condiciones de trabajo del personal estatutario, procederá la consulta a las organizaciones sindicales presentes en la correspondiente mesa sectorial de negociación.

5. Corresponderá al Gobierno, o a los Consejos de Gobierno de las comunidades autónomas, en sus respectivos ámbitos, establecer las condiciones de trabajo del personal estatutario cuando no se produzca acuerdo en la negociación o no se alcance la aprobación expresa y formal a que alude el apartado 1 de este artículo.

Disposición adicional primera

Aplicación de las normas básicas de esta ley en la Comunidad Foral de Navarra

Las disposiciones básicas de esta ley se aplicarán en la Comunidad Foral de Navarra en los términos establecidos en el artículo 149.1.18ª y en la disposición adicional primera de la Constitución y en la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra.

Disposición adicional segunda

Jornada y descansos de los centros del Sistema Nacional de Salud

El régimen de jornada y de descansos establecido en la sección 1ª del capítulo X de esta ley, será de aplicación al personal sanitario a que se refiere el artículo 6, sea cual sea el vínculo jurídico de su relación de empleo, de los centros y servicios sanitarios gestionados directamente por los servicios de salud.

Asimismo, dicho régimen será de aplicación, bien con carácter supletorio en ausencia de regulación sobre jornada y descansos en los convenios colectivos en cada caso aplicables, bien directamente si la regulación de esta ley resulta más beneficiosa que las previsiones de dichos convenios, al personal de los centros vinculados o concertados con el Sistema Nacional de Salud, cuando tales centros estén formalmente incorporados a una red sanitaria de utilización pública.

Disposición adicional tercera

Acceso a puestos de las Administraciones públicas

El personal estatutario de los servicios de salud podrá acceder a puestos correspondientes a personal funcionario dentro de los servicios de las Administraciones públicas, en la forma y con los requisitos que se prevean en las normas sobre función pública aplicables.

El personal estatutario que desempeñe estos puestos tendrá derecho a percibir las retribuciones correspondientes a los mismos, en la forma en que lo establezcan las normas de la correspondiente Administración Pública.

Disposición adicional cuarta

Nombramientos eméritos

Los Servicios de salud podrán nombrar, con carácter excepcional, personal emérito entre licenciados sanitarios jubilados cuando los méritos relevantes de su currículo profesional así lo aconsejen.

El personal emérito desempeñará actividades de consultoría, informe y docencia.

Disposición adicional quinta

Integraciones de personal

Al objeto de homogeneizar las relaciones de empleo del personal de cada uno de los centros, instituciones o servicios de salud, y con el fin de mejorar la eficacia en la gestión, las Administraciones sanitarias públicas podrán establecer procedimientos para la integración directa, con carácter voluntario, en la condición de personal estatutario, en la categoría y titulación equivalente, de quienes presten servicio en tales centros, instituciones o servicios con la condición de funcionario de carrera o en virtud de contrato laboral fijo.

Asimismo, se podrán establecer procedimientos para la integración directa del personal laboral temporal y funcionario interino en la condición de personal estatutario temporal, en la categoría, titulación y modalidad que corresponda.

Disposición adicional sexta

Relaciones del régimen estatutario con otros regímenes de personal de las Administraciones públicas

En el ámbito de cada Administración pública, y a fin de conseguir una mejor utilización de los recursos humanos existentes, se podrán establecer los supuestos, efectos y condiciones en los que el personal estatutario de los servicios de salud pueda prestar indistintamente servicios en los ámbitos de aplicación de otros estatutos de personal del sector público.

Disposición adicional séptima

Habilitaciones para el ejercicio profesional

Lo previsto en el artículo 30.5.b) y en los demás preceptos de esta ley no afectará a los derechos de quienes, sin ostentar el correspondiente título académico, se encuentren legal o reglamentariamente autorizados o habilitados para el ejercicio de una determinada profesión, que podrán acceder a los nombramientos correspondientes y se integrarán en el grupo de clasificación que a tal nombramiento corresponda.

Disposición adicional octava

Servicios de salud

Siempre que en esta ley se efectúan referencias a los servicios de salud se considerará incluido el órgano o la entidad gestora de los servicios sanitarios de la Administración General del Estado, así como el órgano competente de la comunidad autónoma cuando su correspondiente servicio de salud no sea el titular directo de la gestión de determinados centros o instituciones.

Disposición adicional novena

Plazas vinculadas

Las plazas vinculadas a que se refiere el artículo 105 de la Ley General de Sanidad se proveerán por los sistemas establecidos en las normas específicas que resulten aplicables, sin perjuicio de que sus titulares queden incluidos en el ámbito de aplicación de esta ley en lo relativo a su prestación de servicios en los centros sanitarios.

Disposición adicional décima

Aplicación de esta ley en los servicios administrativos

Los servicios de salud podrán establecer la aplicación del régimen estatutario previsto en esta ley a las estructuras administrativas y de gestión del servicio de salud respectivo.

Disposición adicional undécima

Instituto Social de la Marina

Las disposiciones de esta ley serán aplicables al personal estatutario del Instituto Social de la Marina.

Disposición adicional duodécima

Convenios de colaboración en materia de movilidad

Las Administraciones sanitarias podrán formalizar convenios de colaboración para posibilitar que el personal funcionario de carrera y estatutario fijo de los servicios de salud pueda acceder, indistintamente, a los procedimientos de movilidad voluntaria establecidos para ambos tipos de personal.

Disposición adicional decimotercera

Red sanitaria militar

1. El personal militar que preste sus servicios en los centros, establecimientos y servicios sanitarios integrados en la Red sanitaria militar se regirá por su normativa específica, sin que le sean de aplicación las disposiciones de esta ley.

2. El Ministerio de Defensa podrá acordar con el Ministerio de Sanidad y Consumo los requisitos y procedimientos para posibilitar la utilización recíproca de la información contenida en los registros de personal correspondientes a los centros y servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud y de la Red sanitaria militar.

Disposición adicional decimocuarta

Seguridad Social del personal estatutario con nombramiento a tiempo parcial

Al personal estatutario con nombramiento a tiempo parcial a que se refiere el artículo 60 de esta ley le resultará de aplicación la disposición adicional séptima del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y las disposiciones dictadas en su desarrollo.

Disposición transitoria primera

Aplicación paulatina de la jornada de trabajo al personal en formación mediante residencia

La limitación del tiempo de trabajo establecida en el artículo 48.2 de esta ley se aplicará al personal sanitario en formación como especialistas mediante residencia, tanto de los centros públicos como de los privados acreditados para la docencia, de acuerdo con las siguientes normas:

a) 58 horas semanales de promedio en cómputo anual, entre el 1 de agosto de 2004 y el 31 de julio de 2007.

b) 56 horas semanales de promedio en cómputo semestral, entre el 1 de agosto de 2007 y el 31 de julio de 2008.

c) A partir del 1 de agosto de 2008 será aplicable a este personal la limitación general de 48 horas semanales.

Disposición transitoria segunda

Equiparación a los grupos de clasificación de los funcionarios públicos

En tanto se mantenga la clasificación general de los funcionarios públicos y los criterios de equivalencia de las titulaciones establecidos en el artículo 25 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, el personal estatutario, a efectos retributivos y funcionales, tendrá la siguiente equiparación:

a) El personal a que se refiere el artículo 6.2.a), 1º y 2º, al grupo A.

b) El personal a que se refiere el artículo 6.2.a), 3º y 4º, al grupo B.

c) El personal a que se refiere el artículo 6.2.b), 1º, al grupo C.

d) El personal a que se refiere el artículo 6.2.b), 2º, al grupo D.

e) El personal a que se refiere el artículo 7.2.a), 1º, a). 2º, b). 1º, b). 2º y c), a los

grupos A, B, C, D y E, respectivamente.

Disposición transitoria tercera

Personal de cupo y zona

En la forma, plazo y condiciones que en cada servicio de salud, en su caso, se determine, el personal que percibe haberes por el sistema de cupo y zona se podrá integrar en el sistema de prestación de servicios, de dedicación y de retribuciones que se establece en esta ley.

Disposición transitoria cuarta

Adaptación al nuevo sistema de situaciones

El personal estatutario fijo que a la entrada en vigor de esta ley no se encuentre en situación de servicio activo, podrá permanecer en la misma situación en que se encuentra con los efectos, derechos y deberes que de ella se deriven y en tanto permanezcan las causas que, en su momento, motivaron su concesión.

El reingreso al servicio activo se producirá, en todo caso, de acuerdo con las normas reguladoras del mismo en el momento en el que el reingreso se produzca.

Disposición transitoria quinta

Convocatorias en tramitación

Los procedimientos de selección de personal estatutario y de provisión de plazas amparados en la Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario, y en las normas equivalentes de las comunidades autónomas, se tramitarán de conformidad con lo establecido en dichas normas.

Disposición transitoria sexta

Aplicación paulatina de esta Ley

1. No obstante lo previsto en las disposiciones derogatoria única y final tercera, las previsiones de esta ley que a continuación se indican producirán efectos en la forma que se señala:

   a) Las previsiones de los artículos 40 y 43 de esta ley entrarán en vigor, en cada servicio de salud, cuando así se establezca en las normas a que se refiere su artículo 3. En tanto se produce tal entrada en vigor se mantendrán vigentes, en cada servicio de salud y sin carácter básico, las normas previstas en la disposición derogatoria única.1.b), o las equivalentes de cada comunidad autónoma.

   b) Se mantendrán vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en las normas previstas en la disposición derogatoria única.1.e), f) y g).

   c) Se mantendrá vigente, con rango reglamentario y sin carácter básico, y en tanto se proceda a su modificación en cada servicio de salud, la norma citada en la disposición derogatoria única.1.d).

   d) Las prestaciones de carácter social previstas en las disposiciones a que se refieren los párrafos e), f) y g) de la disposición derogatoria única.1, se mantendrán exclusivamente respecto a quienes ostenten derechos subjetivos ya adquiridos a tales prestaciones en el momento de entrada en vigor de esta ley.

2. El límite máximo de 150 horas anuales que se fija en el segundo párrafo del artículo 49.1 de esta ley, se aplicará de forma progresiva durante los diez años siguientes a su entrada en vigor, en la forma que determine el Gobierno mediante real decreto, adoptado previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. En dicho informe, que deberá ser elaborado en

el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta norma, se analizarán detalladamente las implicaciones que en la organización funcional de los centros sanitarios, en la financiación de los servicios de salud y en las necesidades de especialistas, tendrá la puesta en marcha de la indicada limitación, así como las posibles excepciones a la misma derivadas del hecho insular y las medidas que resulte conveniente adoptar en función de todo ello. Igualmente, en tal informe se analizarán las repercusiones económicas de una progresiva adaptación de la jornada de trabajo de los centros y servicios sanitarios a la vigente con carácter general en el resto de los servicios públicos.

Para la elaboración del informe a que se refiere el párrafo anterior, la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud recabará las opiniones de expertos de las Administraciones sanitarias, de los servicios de salud y de las organizaciones sindicales.

Disposición transitoria séptima

Régimen transitorio de jubilación

El personal estatutario fijo, que a la entrada en vigor de esta ley hubiera cumplido 60 años de edad, podrá, voluntariamente, prolongar su edad de jubilación hasta alcanzar los 35 años de cotización a la Seguridad Social, con el límite de un máximo de cinco años sobre la edad fijada en el artículo 26.2 de esta ley y siempre que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las funciones correspondientes a su nombramiento.

Disposición derogatoria única

Derogación de normas

1. Quedan derogadas, o se considerarán, en su caso, inaplicables al personal estatutario de los servicios de salud, cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan o contradigan a lo dispuesto en la presente ley y, especialmente, las siguientes:

   a) El número 1 del artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

   b) El Real Decreto Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud, y las disposiciones y acuerdos que lo complementan y desarrollan.

   c) La Ley 30/1999, de 5 de octubre, de selección y provisión de plazas de personal estatuario de los servicios de salud.

   d) El Real Decreto Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

   e) El Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social aprobado por Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, y las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.

   f) El Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social aprobado por Orden de 26 de abril de 1973, con excepción de su artículo 151, así como las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.

   g) El Estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social aprobado por Orden de 5 de julio de 1971, y las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.

2. La entrada en vigor de esta ley no supondrá la modificación o derogación de los pactos y acuerdos vigentes en aquellos aspectos que no se opongan o contradigan lo establecido en la misma.

Disposición final primera

Habilitación competencial

1. Las disposiciones de la presente ley se dictan al amparo del artículo 149.1.18ª de la Constitución, por lo que las mismas constitu-

yen bases del régimen estatutario del personal incluido en su ámbito de aplicación.

2. La disposición adicional segunda se dicta, además, al amparo del artículo 149.1.16ª de la Constitución, por lo que sus previsiones constituyen bases de la sanidad.

3. Se exceptúan de lo establecido en el anterior apartado 1, la disposición adicional segunda, en cuanto al personal con vínculo laboral de los centros sanitarios a los que la misma se refiere, y la disposición transitoria primera, que se dictan al amparo del artículo 149.1.7ª de la Constitución.

Disposición final segunda

Informes sobre financiación

El órgano colegiado interministerial previsto en la disposición final segunda de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, informará preceptivamente aquellos asuntos derivados de la aplicación de la presente ley.

Sin perjuicio de la responsabilidad financiera de las comunidades autónomas conforme a lo establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y de acuerdo con el principio de lealtad institucional en los términos del artículo 2.1.e) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, el informe elaborado será presentado por dicho órgano colegiado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Por su parte, el Ministerio de Hacienda trasladará este informe al Consejo de Política Fiscal y Financiera, para proceder a su análisis, en el contexto de dicho principio de lealtad institucional y, en su caso, proponer las medidas necesarias para garantizar el equilibrio financiero.

Disposición final tercera

Entrada en vigor

Esta ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

APÉNDICES

APÉNDICES

1 ÓRGANOS DECISORIOS Y CONSULTIVOS

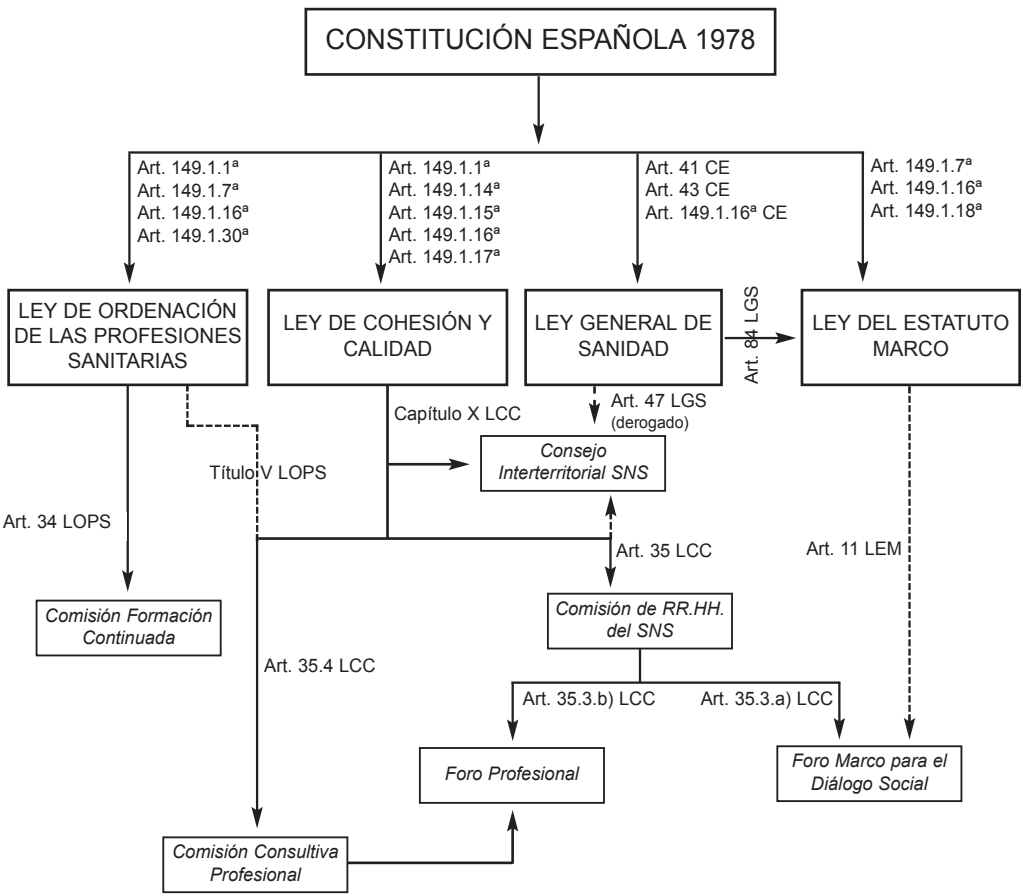
- *Organigrama general*
- *Órganos decisorios y consultivos de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS*
- *Comisión de RR.HH. del SNS. Composición y funciones*
- *Foro Marco del Diálogo Social. Composición y funciones*
- *Foro Profesional. Composición y funciones*
- *Comisión Consultiva Profesional. Composición y funciones*

2 CUADROS RESUMEN

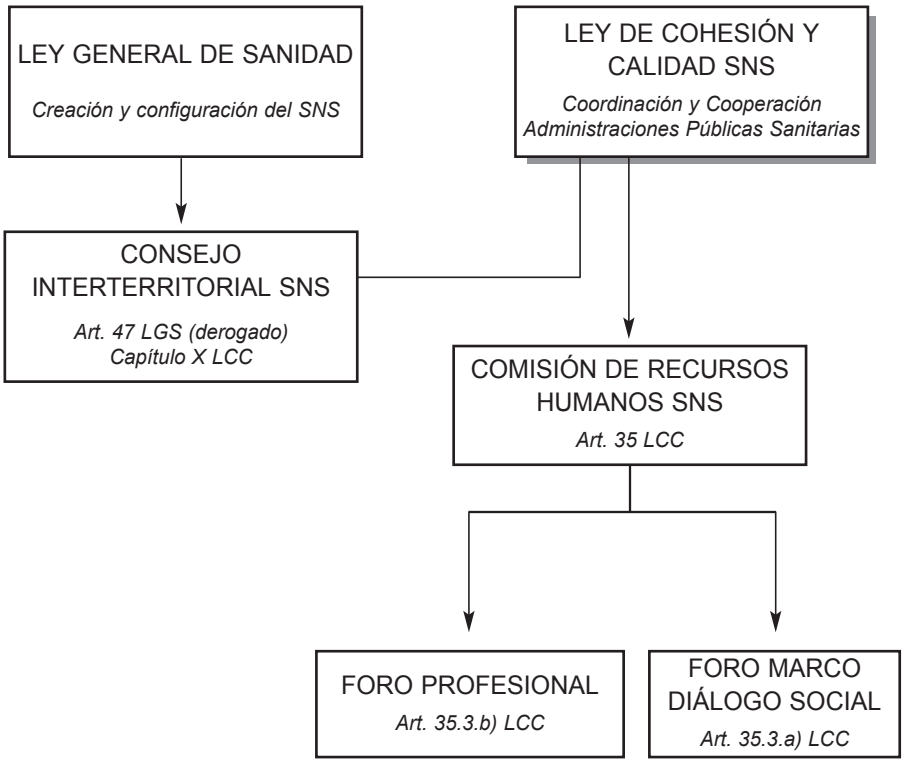
- *Desarrollo profesional. Carrera Profesional*
- *Ley del Estatuto Marco*
  - *Ámbito subjetivo de aplicación*
  - *Clasificación del personal*
  - *Retribuciones*
  - *Jornada*
  - *Clases de Jornada*
  - *Descansos*
  - *Régimen Disciplinario*
  - *Situaciones Administrativas*
  - *Jubilación*

1 ÓRGANOS DECISORIOS Y CONSULTIVOS

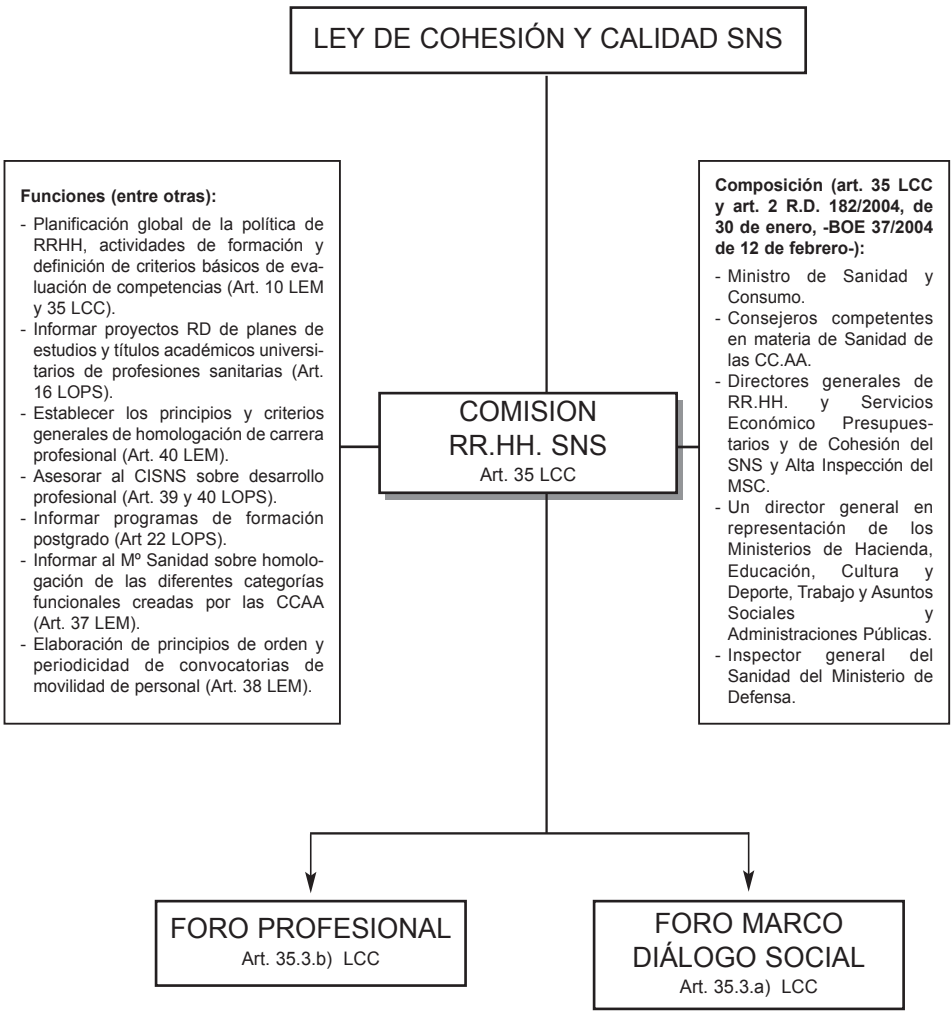
Organigrama General



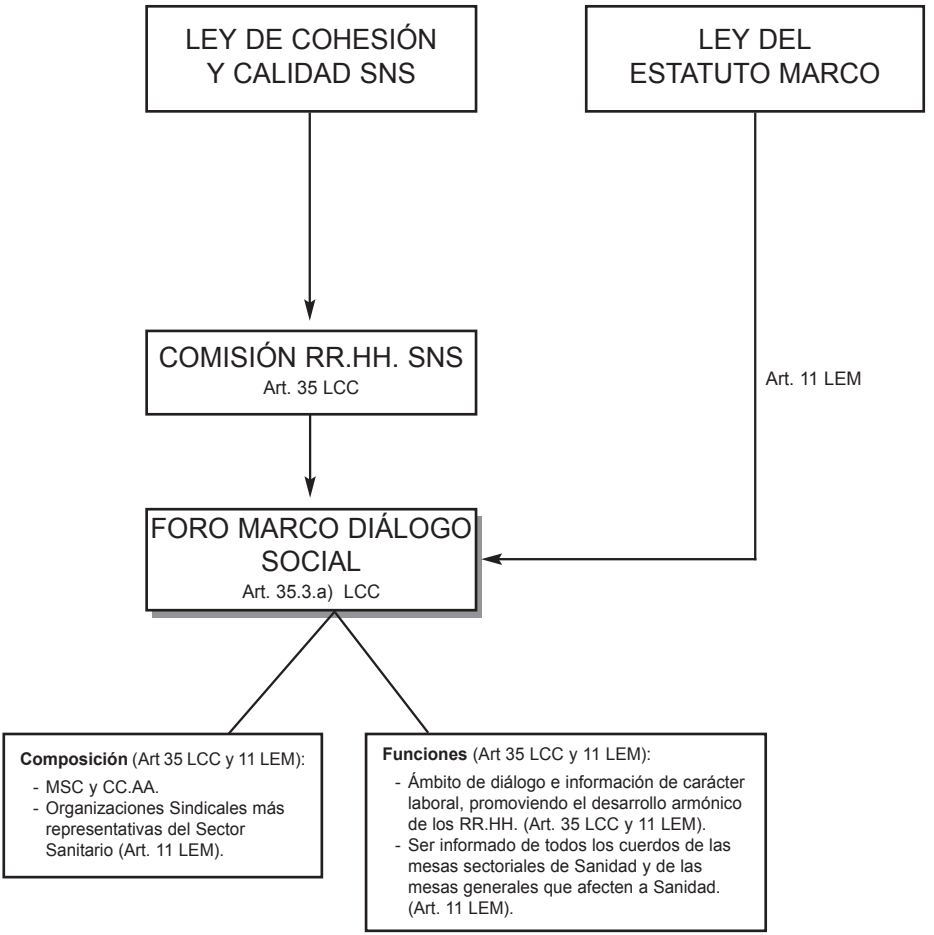
Órganos decisorios y consultivos de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS



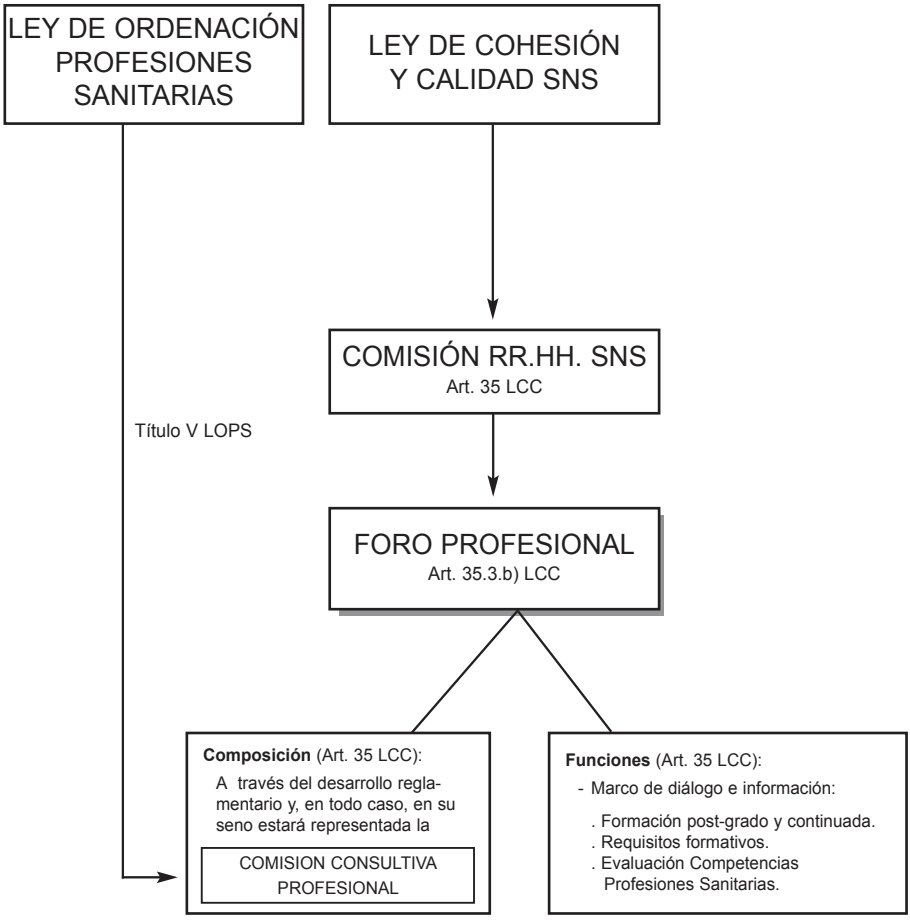
Comisión de Recursos Humanos del SNS. Composición y funciones



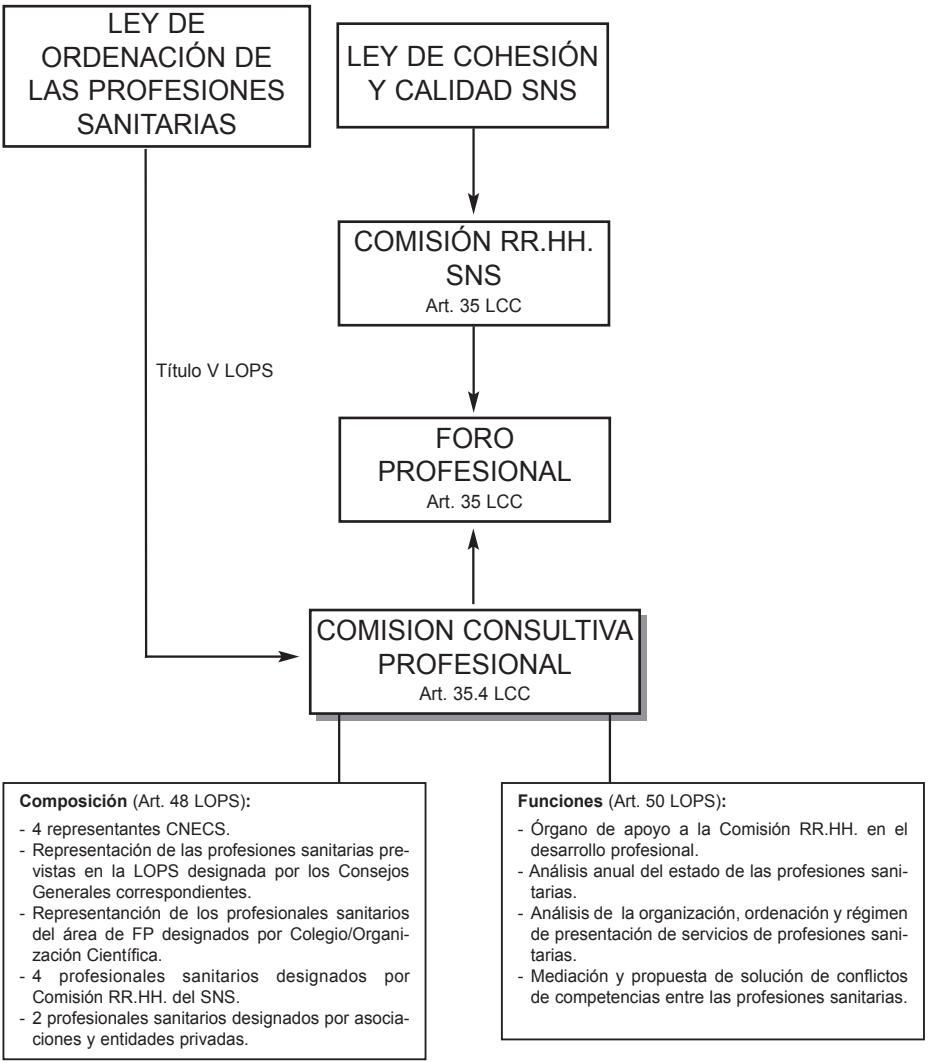
Foro Marco para el Diálogo Social. Composición y funciones



Foro Profesional.
Composición y funciones



Comisión Consultiva Profesional
Composición y funciones



2 CUADROS RESUMEN

DESARROLLO PROFESIONAL
CARRERA PROFESIONAL

• LEY DE COHESION Y CALIDAD DEL SNS

CAPITULO III. SECCION 2ª. DESARROLLO PROFESIONAL
Y MODERNIZACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículo 40. Desarrollo profesional.

El desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y deberá responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos.

a) La formación continuada
b) La carrera profesional
c) La evaluación de competencias.

Artículo 41. Carrera Profesional.

1. La carrera profesional es el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios.

2. El estatuto marco previsto en el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, contendrá la normativa básica aplicable al personal del Sistema Nacional de Salud, que será desarrollada por las comunidades autónomas.

• LEY ORDENACION DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

TITULO III. DEL DESARROLLO PROFESIONAL Y SU RECONOCIMIENTO

Artículo 37. Normas Generales.

1. Se constituye el sistema de reconocimiento del desarrollo profesional de los profesionales sanitarios a que se refieren los artículos 6 y 7 de esta ley, consistente en el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios.

2. Sin perjuicio de las facultades y funciones para las que habilite el correspondiente título oficial, el reconocimiento del desarrollo profesional será público y con atribución expresa del grado alcanzado por cada profesional en el ejercicio del conjunto de funciones que le son propias.

3. Podrán acceder voluntariamente al sistema de desarrollo profesional los profesionales que estén establecidos o presten sus servicios dentro del territorio del Estado.

Artículo 38. Desarrollo Profesional.

1. Las Administraciones sanitarias regularán para sus propios centros y establecimientos, el reconocimiento del desarrollo profesional, dentro de los siguientes principios generales:

   a) El reconocimiento se articulará en cuatro grados.
   Las Administraciones sanitarias, no obstante, podrán establecer un grado inicial, previo a los anteriormente indicados. La creación de este grado inicial deberá comportar su homologación de acuerdo con lo previsto en el artículo 40 de esta ley.

   b) La obtención del primer grado, y el acceso a los superiores, requerirá la evaluación favorable de los méritos del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación. La evaluación habrá de tener en cuenta también los resultados de la actividad asistencial del interesado, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica definidas en el articulo 10 de esta Ley.

c) Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional. La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, cinco años desde la precedente evaluación positiva. En caso de evaluación negativa, el profesional podrá solicitar una nueva evaluación transcurridos dos años desde la misma.

d) La evaluación se llevará a cabo por un comité específico creado en cada centro o institución. El comité estará integrado, en su mayoría, por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, y habrá de garantizarse la participación en el mismo de representantes del servicio o unidad de pertenencia del profesional evaluado, así como de evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas de su ámbito de competencia.

e) Los profesionales tendrán derecho a hacer constar públicamente el grado de desarrollo profesional que tengan reconocido.

f) Dentro de cada servicio de salud, estos criterios generales del sistema de desarrollo profesional, y su repercusión en la carrera, se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos.

2. Los centros sanitarios privados en los que existan profesionales sanitarios que presten servicios por cuenta ajena, establecerán, en la medida en que lo permita la capacidad de cada centro, procedimientos para el reconocimiento del desarrollo profesional y la carrera de los mismos, que se adecuaran a los criterios fijados en el presente título.

   Los procedimientos a que se refiere el párrafo anterior serán supervisados, en su implantación y desarrollo, por la Administración sanitaria correspondiente.

   En cada centro se deberá conservar la documentación de evaluación de los profesionales de cada servicio o unidad de éste.

3. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad exclusivamente a través del ejercicio profesional por cuenta propia, podrán acceder voluntariamente a los procedimientos de reconocimiento del desarrollo profesional, en la forma en que se determine por la correspondiente Administración sanitaria. En todo caso, dichos profesionales deberán superar las mismas evaluaciones que se establezcan para quienes presten servicios por cuenta ajena en centros sanitarios.

Artículo 39. Homologación del reconocimiento del desarrollo Profesional.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos y oída la Comisión Consultiva Profesional, establecerá los principios y criterios generales para la homologación del reconocimiento del desarrollo profesional en todo el Sistema Nacional de Salud, especialmente en lo relativo a las denominaciones de los distintos grados, a los sistemas de valoración de los méritos, a la composición de los comités de evaluación y al reconocimiento mutuo de los grados alcanzados por los profesionales de los distintos servicios de salud.

DISPOSICION ADICIONAL CUARTA. Efectos retributivos del sistema de desarrollo profesional.

Los efectos que sobre la estructura de las retribuciones y la cuantía de las mismas pudieran derivarse del reconocimiento de grados de desarrollo profesional se negociarán en cada caso con las Organizaciones Sindicales que, a tenor de lo dispuesto en la normativa aplicable, corresponda.

DISPOSICION TRANSITORIA SEGUNDA. Implantación del sistema de desarrollo profesional.

Las Administraciones sanitarias determinarán los plazos y periodos para la aplicación del sistema de desarrollo profesional previsto en el título III, dentro del criterio general de que en el plazo de cuatro años a partir de la entrada en vigor de esta ley deberán haberse iniciado los procedimientos para su implantación en todas las profesiones sanitarias previstas en los artículos 6 y 7.

• LEY DEL ESTATUTO MARCO

CAPITULO VIII. CARRERA PROFESIONAL

Artículo 40. Criterios generales de la carrera profesional.

1. Las comunidades autónomas, previa negociación en las mesas correspondientes, establecerán, para el personal estatutario de sus servicios de salud, mecanismos de carrera profesional de acuerdo con lo establecido con carácter general en las normas aplicables al personal del resto de sus servicios públicos, de forma tal que se posibilite el derecho a la promoción de este personal conjuntamente con la mejor gestión de las instituciones sanitarias.

2. La carrera profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.

3. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional de los diferentes servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de la carrera, sus efectos profesionales y la libre circulación de dichos profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

4. Los criterios generales del sistema de desarrollo profesional recogidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos. Su repercusión en la carrera profesional se negociará en las mesas correspondientes.

DISPOSICION TRANSITORIA SEXTA. Aplicación paulatina de esta Ley.

1. No obstante lo previsto en las disposiciones derogatoria única y final tercera, las previsiones de esta ley que a continuación se indican producirán efectos en la forma que se señala:

   a) Las previsiones de los artículos 40 y 43 de esta ley entrarán en vigor, en cada servicio de salud, cuando así se establezca en las normas a que se refiere su artículo 3. En tanto se produce tal entrada en vigor se mantendrán vigentes, en cada servicio de salud y sin carácter básico, las normas previstas en la disposición derogatoria única.1.b), o las equivalentes de cada comunidad autónoma.

LEY DEL ESTATUTO MARCO

ÁMBITO SUBJETIVO DE APLICACIÓN

Personal	Aplicación Directa	Observaciones
Personal estatutario que presta sus servicios en los centros e II.SS. de los Servicios de Salud de las CC.AA. y de la Administración General del Estado.	- Ley de Estatuto Marco - Normas que las CC.AA. o el Estado dicten en desarrollo de la LEM. - Pactos o acuerdos que se negocien en la mesa correspondiente.	Se les aplica supletoriamente las disposiciones y principios generales sobre función pública de la Administración correspondiente.
Personal estatutario del Instituto Social de la Marina (ISM).	- Ley de Estatuto Marco - Normas que el Estado dicte en desarrollo de la LEM. - Pactos o acuerdos que se negocien en la mesa correspondiente y les resulte de aplicación.	Nos referimos al personal estatutario del ISM que aún no ha sido integrado en el servicio de salud correspondiente.
Personal sanitario funcionario que preste servicios en los centros del SNS gestionados directamente por entidades creadas por las CC.AA. para acoger los recursos procedentes de las transferencias del INSALUD.	1.- Regla general: Aplicable directamente la LEM en todo aquello que no se oponga a su normativa específica de aplicación, siempre y cuando así lo prevean específicamente las disposiciones aplicables al personal funcionario de la correspondiente C.A. o Estado. 2.- Excepción: Aplicables directamente las previsiones contenidas en la Sección 1ª del Capítulo X de la LEM.	Las previsiones del capítulo X de la sección 1ª de la LEM también son de aplicación directa al personal funcionario sanitario de los centros y servicios sanitarios gestionados directamente por los servicios de salud.

Personal sanitario laboral que preste servicios en los centros gestionados directamente por entidades creadas por las CC.AA. para acoger los recursos procedentes de las transferencias del INSALUD	1.- Regla General: Aplicable directamente la LEM en todo aquello que no se oponga a su normativa específica de aplicación, siempre y cuando así lo prevea específicamente el convenio colectivo aplicable al personal laboral de cada C.A. 2.- Excepción: Aplicables directamente las previsiones contenidas en la Sección 1ª del Capítulo X de la LEM	Las previsiones del capítulo X de la sección 1ª de la LEM también son de aplicación directa al personal laboral sanitario de los centros y servicios sanitarios gestionados directamente por los servicios de salud.
Personal laboral de centros vinculados o concertados con el SNS, cuando tales centros estén formalmente incorporados a una red sanitaria de utilización pública.	Se le aplica directamente las previsiones contenidas en la sección 1ª del capítulo X de la LEM cuando la regulación contenida en ésta sea más beneficiosa que la que prevé el convenio colectivo que resulta de aplicación.	En caso de que su convenio colectivo no prevea regulación sobre jornada y descansos le será supletoriamente aplicable las previsiones contenidas en la sección 1ª del capítulo X de la LEM.
Personal militar que preste servicios en centros, establecimientos y servicios sanitarios integrados en la Red Sanitaria Militar.	No le es de aplicación la LEM ya que este personal se regirá por su normativa específica.	

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL

<table>
<tr><th>Clasificación</th><th colspan="4">Criterios de Clasificación</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Personal Estatutario Sanitario</td><td colspan="2">Por el nivel académico del Título exigido para el ingreso</td><td>Equiparación transitoria a los Grupos de los funcionarios</td><td>Por la función desempeñada</td><td rowspan="6">Por el tipo de nombramiento

1.- Fijo: El que una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de sus funciones.

2.- Temporal: Puede ser de interinidad, eventual o de sustitución.

2.a) Interinidad: Se expide este nombramiento para el desempeño de una plaza vacante.

2.b) Eventual: Se expide este nombramiento para:
- Prestar servicios extraordinarios de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.
- Cuando sea necesario garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros.
- Prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.

2.c) De sustitución: Cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los periodos de vacaciones, permisos y demás ausencias que comporten reserva de plaza.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Personal de formación universitaria</td><td>1.- Licenciados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.
2.- Licenciados sanitarios.</td><td>Grupo A</td><td rowspan="2">Quien ostenta esta condición en virtud de un nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión sanitaria o especialidad sanitaria.</td></tr>
<tr><td>1.- Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.
2.- Diplomados Sanitarios.</td><td>Grupo B</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Personal de formación profesional</td><td>Técnicos Superiores</td><td>Grupo C</td><td rowspan="2">Quien ostenta esta condición en virtud de un nombramiento expedido para el ejercicio de profesiones o actividades profesionales sanitarias.</td></tr>
<tr><td>Técnicos</td><td>Grupo D</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Personal Estatutario de Gestión y Servicios</td><td rowspan="2">Personal de formación universitaria</td><td>Licenciados universitarios o personal con título equivalente.</td><td>Grupo A</td><td rowspan="5">Quien ostente tal condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan el carácter de sanitario.</td></tr>
<tr><td>Diplomados universitarios o personal con título equivalente.</td><td>Grupo B</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Personal de formación profesional</td><td>Técnicos superiores o personal con título equivalente.</td><td>Grupo C</td></tr>
<tr><td>Técnicos o personal con título equivalente.</td><td>Grupo D</td></tr>
<tr><td>Otro personal</td><td>Categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y calificaciones obtenidas en la ESO, o título o certificado equivalente.</td><td>Grupo E</td></tr>
</table>

RETRIBUCIONES

Clases	Enumeración	Características
Básicas (Artículo 42)	**Sueldo:** asignado a cada categoría en función del título académico exigido para su desempeño. **Trienios:** Cantidad determinada para cada categoría en función del título académico por cada tres años de servicio. **Pagas extras:** Dos al año y su devengo preferente será en los meses de julio y diciembre. Su importe mínimo será de una mensualidad del sueldo y trienios a la que se le añadirá la catorceava parte del complemento de destino	- Su cuantía será idéntica en todos los Servicios de Salud. - Vendrá determinada anualmente por la Ley de Presupuestos Generales. - El personal estatutario temporal percibirá la totalidad de las retribuciones básicas, con la excepción de los trienios.
Complementarias (Artículo 43)	Podrán ser: **Complemento de destino:** correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. **Complemento específico:** retribuye condiciones particulares de algunos puestos en atención a su dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. **Complemento de productividad:** retribuye el especial rendimiento, el interés o iniciativa del titular del puesto, su participación en programas concretos o contribución personal al cumplimiento de objetivos. **Complemento de atención continuada:** remunera la atención a los usuarios de manera permanente y continuada. **Complemento de carrera:** retribuye el grado alcanzado en la carrera profesional.	- La determinación de los conceptos, cuantías y criterios para su atribución corresponde a las comunidades autónomas. - Están destinadas a retribuir la: función desempeñada, dedicación, categoría, actividad, productividad, cumplimiento de objetivos, evaluación del rendimiento y de resultados. - Pueden ser fijas o variables. - El personal estatutario temporal percibirá las retribuciones complementarias que en su servicio de salud correspondan a su nombramiento.

JORNADA

Jornada	Duración	Objeto	Sujetos que la realizan	Peculiaridades
Ordinaria (Artículos 47 y 51)	Negociable en cada Servicio de Salud. No excederá de doce horas ininterrumpidas. Excepcionalmente se pueden establecer para determinados servicios o unidades jornadas de hasta 24 horas.	Atender el servicio normal.	Todo el personal	Se admite la distribución irregular de la jornada a lo largo del año.
Complementarias (Artículo 48)	Dependerá de la duración de la jornada ordinaria. La duración conjunta de la jornada ordinaria y complementaria no podrá exceder de las 48 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral o el que se fije por pacto, acuerdo o convenio colectivo.	Garantizar la atención permanente y adecuada al usuario.	Sólo el personal de determinadas categorías o unidades de los centros sanitarios que se determinen mediante negociación en la mesa correspondiente. Su realización será también de aplicación para aquellas categorías que a la entrada en vigor de la Ley atendían la atención continuada mediante guardias u otro sistema análogo.	En ningún caso tendrá el carácter ni el tratamiento de las horas extraordinarias. Su retribución o compensación económica se determinará específicamente.
Especial (Artículo 49)	Todo exceso sobre la duración conjunta de la jornada ordinaria y complementaria. Su limite se fija en un máximo de ciento cincuenta horas al año. Este limite máximo se aplicará de forma progresiva durante los 10 años siguientes a la entrada en vigor de la LEM.	Cuando la jornada complementaria sea insuficiente para garantizar la adecuada atención continuada y permanente.	El personal que manifieste su consentimiento para realizar esta clase de jornada por escrito, individualizada y libremente. En todo caso se debe asegurar que: • Nadie sufra perjuicio si no presta su consentimiento. • Existan Registros actualizados donde conste el personal que realiza este tipo de jornada que debe estar a disposición de las autoridades administrativas y laborales.	Es necesario que existan razones organizativas que la justifiquen y una previa oferta del centro. Los centros sanitarios podrán establecer previamente los requisitos para otorgar por parte del personal el consentimiento.

CLASES DE JORNADA

Nombramiento	Clases de jornada	Características	Duración
Personal estatutario fijo o temporal	Jornada completa	Dedicación a tiempo completo. (Jornada ordinaria, complementaria y/o especial).	Régimen general establecido en la sección anterior, atendiendo al tipo de jornada.
	Jornada a tiempo parcial	Dedicación a tiempo parcial: en el porcentaje, días y horario que en cada caso se determine atendiendo a las necesidades funcionales y organizativas.	La limitación máxima de la jornada parcial la determinará cada C.A., con el límite máximo del 75 por ciento de la jornada ordinaria en cómputo anual.
		Resultarán aplicables al personal estatutario los supuestos de reducciones de jornadas establecidas para los funcionarios públicos en las normas aplicables en la correspondiente C.A., para la conciliación de la vida familiar y laboral. Cuando se trate de nombramientos de dedicación parcial, se indicará expresamente tal circunstancia en los procesos de provisión de plazas.	

DESCANSOS

Denominación	Duración	Peculiaridades	Observaciones
Pausa en el trabajo (Artículo 50)	No inferior a quince minutos.	Prevista para jornadas que excedan de seis horas continuadas.	Es tiempo de trabajo efectivo en la forma en que se establezca.
Descanso entre jornada (Artículo 51)	Descanso mínimo obligatorio de doce horas ininterrumpidas entre el fin de jornada y el comienzo de otra jornada.	La duración anterior puede reducirse: 1.- en caso de trabajos a turnos, cuando el personal cambie de equipo, 2.- en caso que se sucedan, en un intervalo inferior a doce horas, tiempos de trabajo correspondientes a la jornada ordinaria, jornada complementaria o, en su caso, jornada especial.	Cuando el descanso se vea reducido, se aplicará el régimen de descansos alternativos. El descanso diario entre jornadas no se considera tiempo de trabajo efectivo.
	En los supuestos de jornadas de hasta 24 horas.	En este tipo de jornadas, la duración del descanso mínimo ininterrumpido se ampliará de forma progresiva mediante la negociación sindical.	
Descanso semanal (Artículo 52)	Un descanso mínimo obligatorio con una duración media de 24 horas semanales ininterrumpidas. Este descanso se incrementará con el descanso mínimo obligatorio entre jornadas.	El período de referencia para el cálculo de este descanso será de dos meses.	Cuando no se pueda disfrutar del descanso mínimo semanal, se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos. El descanso semanal no se considera tiempo de trabajo efectivo.
Descanso anual (Artículo 53)	No será inferior a 30 días naturales o al tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.	El periodo de vacaciones se fijará conforme a lo que se prevea en la programación funcional del centro.	Sólo podrá ser sustituido por compensación económica en caso de finalización de la prestación de servicios.
Descansos alternativos (Artículo 54)	Su duración total no podrá ser inferior a la reducción del descanso experimentada.	Cuando los periodos mínimos de descanso no se disfruten, se tendrá derecho a su compensación mediante descansos alternativos.	Se entenderá producida la compensación cuando en cómputo trimestral se haya disfrutado un promedio semanal de 96 horas de descanso, incluyendo los descansos semanales, de duración igual o superior a 12 horas consecutivas.

RÉGIMEN DISCIPLINARIO

Clases de Faltas	Tipificación	Sanciones	Prescripción de faltas	Prescripción de sanciones	Cancelación de sanciones
Muy graves	Artículo 72.2 LEM (Las comunidades autónomas mediante norma con rango de ley podrán establecer otras faltas además de las previstas en este artículo).	- Separación del servicio. Se pierde la condición de estatutario. - Traslado forzoso con cambio de localidad, sin derecho a indemnización y con prohibición temporal máxima de cuatro años para participar en procedimientos de movilidad. - Suspensión de funciones durante un plazo no superior a seis años ni inferior a dos años. (Las CC.AA. podrán establecer otras sanciones o sustituir las indicadas).	A los cuatro años. (Este plazo comenzará a contarse desde que la falta se hubiera cometido y se interrumpirá desde la notificación del acuerdo de iniciación del procedimiento disciplinario).	A los cuatro años. (Este plazo comienza a contarse desde la firmeza de la resolución sancionadora o desde que se quebrante el cumplimiento de la sanción cuando su ejecución ya hubiere comenzado).	A los cuatro años computados desde el cumplimiento de la sanción. (Las sanciones disciplinarias firmes se anotarán en el expediente personal del sancionado y se cancelarán de oficio. Las sanciones canceladas no se computarán a los efectos de reincidencia).
Graves	Artículo 72.3 LEM (Las comunidades autónomas mediante norma con rango de ley podrán establecer otras faltas además de las previstas en este artículo).	- Traslado forzoso a otra Institución o centro sin cambio de localidad, con prohibición temporal máxima de dos años para participar en procedimientos de movilidad. - Suspensión de funciones durante un plazo no superior a dos años. (Las CC.AA. podrán establecer otras sanciones o sustituir las indicadas)	A los dos años. (Este plazo se computa de idéntica forma que el previsto para las faltas muy graves)	A los dos años. (Este plazo se computa de idéntica forma que el previsto para las faltas muy graves)	A los dos años computados desde el cumplimiento de la sanción. (Nos remitimos a lo previsto para las sanciones para faltas muy graves).
Leves	Artículo 72.4 LEM (Las comunidades autónomas mediante norma con rango de ley podrán establecer otras faltas además de las previstas en este artículo).	Apercibimiento siempre por escrito. (Las CC.AA. podrán establecer otras sanciones o sustituir la indicada).	A los seis meses (Este plazo se computa de idéntica forma que el previsto para las faltas muy graves y graves).	A los seis meses. (Este plazo se computa de idéntica forma que el previsto para las faltas muy graves y graves).	A los seis meses computados desde el cumplimiento de la sanción. (Nos remitimos a lo previsto para las sanciones por faltas muy graves y graves).

SITUACIONES ADMINISTRATIVAS

Denominación	Causas que la motivan	Efectos jurídicos
Servicio activo (Artículo 63)	1.- Cuando preste servicios correspondientes a su nombramiento en cualquier Servicio de Salud. 2.- Cuando desempeñe puesto de trabajo en una RPT de una Administración pública abierta a personal estatutario. 3.- Quienes estén en comisión de servicios o en promoción interna temporal. 4.- Quienes disfruten de vacaciones, permisos o estén declarados en IT. 5.- Quienes sean declarados en suspensión provisional de funciones.	Goza de todos los derechos y está sujeto a todos los deberes previstos en esta ley y otras que resulten de aplicación. El provisionalmente suspenso en funciones por un expediente disciplinario tendrá derecho a percibir las retribuciones básicas. No tendrá derecho a retribución alguna si la suspensión es consecuencia de un procedimiento judicial.
Servicios especiales (Artículo 64)	1.- En los mismos supuestos establecidos para los funcionarios públicos. 2.- Cuando acceda a plaza de formación sanitaria especializada mediante residencia. 3.- Cuando acceda a puesto directivo de organizaciones internacionales, Administración pública o servicios de salud.	El declarado en situación de servicios especiales por estas causas tendrá derecho a: - que se compute el tiempo a efectos de antigüedad y carrera profesional, - en su caso, percibo de trienios, - reserva de la plaza de origen.
	4.- Personal autorizado para prestar servicios o colaborar, por tiempo superior a 6 meses, con ONG que desarrollen programas de cooperación nacional o internacional.	El declarado en situación de servicios especiales por esta causa tendrá derecho a: - que se compute el tiempo a efectos de antigüedad, - reserva de la plaza de origen.
Servicios bajo otro régimen jurídico (Artículo 65)	El personal estatutario fijo que acepte pasar a prestar servicios bajo otro régimen jurídico en: - un centro cuya gestión sea asumida o participada al menos en la mitad por un servicio de salud o una C.A. - una entidad surgida al amparo de las nuevas fórmulas de gestión.	El declarado en esta situación tendrá derecho a: - reincorporarse al servicio activo como estatutario con la misma categoría y área de salud de origen, o si no fuera posible, en área de salud limítrofe durante los tres primeros años, - durante todo el tiempo que dure en esta situación al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad.
Excedencia por prestar servicios en el sector público (Artículos 66 y 67)	1.- Cuando presten servicios en otra categoría de personal estatutario, funcionario o personal laboral en cualquiera de las Administraciones públicas. 2.- Cuando prestando servicios en otros organismos públicos, no les corresponda quedar en otra situación.	El personal excedente por prestar servicios en el sector público: - No devengará retribuciones. - El tiempo de permanencia en esta situación le será reconocido a efecto de trienios y carrera profesional cuando reingrese al servicio activo.

Excedencia voluntaria (Artículo 67)	1.- Cuando lo solicite por interés particular, siempre. Su concesión estará subordinada a las necesidades del servicio. No podrá concederse esta situación a quien esté incurso en un expediente disciplinario.	- Para su concesión debe haber prestado servicios efectivos en cualquiera de las Administraciones públicas durante los cinco años anteriores. - No devengará retribuciones. - El tiempo de permanencia en esta situación no se computará a efectos de carrera profesional y trienios. - El tiempo mínimo de permanencia será de dos años.
	2.- Cuando finalizada la causa que determinó el pase a una situación distinta de activo, se incumpla la obligación de solicitar el reingreso al servicio activo en el plazo previsto por cada servicio de salud.	- Se concederá esta situación de oficio. - No devengará retribuciones. - El tiempo de permanencia en esta situación no se computará a efectos de carrera profesional y trienios. - El tiempo mínimo de permanencia será de dos años.
	3.- Cuando se solicite por agrupación familiar siendo para ello necesario que el cónyuge resida en otra localidad fuera del ámbito del nombramiento del interesado, por haber obtenido y estar desempeñando una plaza fija en el SNS, como funcionario de carrera o personal laboral de cualquier Administración Pública.	- Se concederá esta situación a petición del interesado. - No devengará retribuciones. - El tiempo de permanencia en esta situación no se computará a efectos de carrera profesional y trienios. - No se determina el tiempo mínimo de permanencia.
Excedencia para cuidado de familiares (Artículo 62.3)	Aplicable en los supuestos previstos para los funcionarios públicos por la Ley 39/1999 de conciliación de la vida familiar y laboral	Los efectos jurídicos son los previstos por la Ley 39/1999 de conciliación de la vida familiar y laboral.
Suspensión firme de funciones (Artículo 68)	1.- Cuando a consecuencia de un expediente disciplinario o causa criminal se le imponga la sanción o pena de suspensión firme de funciones.	Durante la vigencia de la suspensión firme el interesado quedará privado del ejercicio de sus funciones y de todos los derechos inherentes a su condición, y no podrá prestar servicios en ninguna Admón. u organismo público, entidad pública ni fundación sanitaria. Supone la pérdida del puesto de trabajo cuando exceda de seis meses.
Expectativa de Destino **Excedencia Forzosa** **Excedencia voluntaria incentivada** **Otras situaciones dirigidas a optimizar la planificación de los RRHH**	Para estas situaciones, las CC.AA. podrán establecer los supuestos de concesión y el régimen jurídico aplicable.	

JUBILACIÓN

a) Forzosa

Regulación	Regla general	Prórroga a la jubilación forzosa	Requisitos para la prórroga	Efectos Jurídicos
Art. 26.2 LEM	A los 65 años de edad.	Hasta los 70 años de edad.	1.- El interesado ha de solicitar la prórroga en el servicio activo. 2.- Debe acreditar que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer su profesión. 3.- La prórroga debe de ser autorizada por el Servicio de Salud correspondiente.	Los previstos en la Ley General de la Seguridad Social y demás normativa de desarrollo. La acción social por jubilación prevista en el artículo 151 del EPSNF sigue siendo de aplicación al personal estatutario incluido en el ámbito de aplicación del derogado Estatuto, cualquiera que sea el momento en que proceda a jubilarse de forma forzosa.
Art. 26.3 LEM		Hasta que complete el tiempo necesario de cotización para causar derecho a una pensión, sea cual sea su importe. En ningún caso, el interesado podrá jubilarse más allá de los 71 años.	1.- Cuando al cumplir los 65 años al interesado le falten seis o menos años de cotización para causar derecho a una pensión de jubilación. 2.- El interesado ha de solicitar la prórroga en el servicio activo. 3.- Debe acreditar que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer su profesión.	
Disposición Transitoria Séptima		Hasta que complete los 35 años de cotización a la Seguridad Social. En ningún caso el interesado podrá jubilarse cinco años más allá de la edad prevista en el artículo 26.2 LEM.	1.- Tener la condición de personal estatutario fijo 2.- Tener 60 años a la entrada en vigor de la LEM. 3.- El interesado ha de solicitar la prórroga en el servicio activo. 4.- Debe acreditar que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer su profesión.	

b) Voluntaria

Prevista en el artículo 26.4 de la LEM. Este tipo de jubilación podrá ser total o parcial y los requisitos y efectos jurídicos que el personal estatutario ha de reunir para optar a esta jubilación son los previstos en los artículos 160 y siguientes del R.D-Leg. 1/1994, de 21 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la LGSS.

El artículo 151 del EPSNF resulta de aplicación en idénticos términos a los expresados con ocasión de la jubilación forzosa.

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS MÁS UTILIZADAS

ACSNS	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
AGE	Administración General del Estado.
ATS	Ayudante Técnico Sanitario.
C.A.	Comunidad Autónoma.
CC.AA.	Comunidades Autónomas.
CCP	Comisión Consultiva Profesional.
CCU	Consejo de Coordinación Universitaria.
C.E.	Constitución Española.
CFC	Comisión de Formación Continuada.
CGPJ	Consejo General del Poder Judicial.
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
CNECS	Comisión Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud
CPFF	Consejo de Político Fiscal y Financiera.
CRHSNS	Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
D.A	Disposición Adicional.
D.D	Disposición Derogatoria.
D.F	Disposición Final.
D.T	Disposición Transitoria.
EPM	Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social.
EPSNF	Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
FC	Formación Continuada.
FP	Formación Profesional.
II.SS.	Instituciones Sanitarias.
INP	Instituto Nacional de Previsión.
INSALUD	Instituto Nacional de Salud.
INSERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales.
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social.
ISM	Instituto Social de la Marina.

IT	Incapacidad temporal.
LCC	Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
LEM	Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.
Ley 10/1986	Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la Salud Dental.
Ley 30/1999	Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud.
Ley 39/1999	Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de Conciliación de vida familiar y laboral de personas trabajadoras.
LGS	Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
LGSS	Ley General de Seguridad Social.
LOPS	Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
LOU	Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.
Mº	Ministerio.
MECD	Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo.
ONG	Organización no gubernamental.
P. N de I+D+I	Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica.
RD.	Real Decreto.
RD-Leg.	Real Decreto Legislativo.
R.D-Ley	Real Decreto Ley.
R.D-Ley 3/1987	Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, de la Jefatura del Estado, sobre retribución del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud.
RR.HH.	Recursos humanos.
RPT	Relación de puestos de trabajo.
SNS	Sistema Nacional de Salud.