

MANUAL DOCENTE

Gestión de los servicios de enfermería Ética y legislación sanitaria



Leticia García Velasco
José M^a Jiménez Pérez (Coord.)

Universidad de Valladolid

Manual docente

**Gestión de los servicios de enfermería.
Ética y legislación sanitaria.**

LETICIA GARCÍA VELASCO
JOSÉ M^a JIMÉNEZ PÉREZ (COORDINADOR)

Manual docente

Gestión de los servicios de enfermería. Ética y legislación sanitaria.



EDICIONES
Universidad
de
Valladolid





Este libro está sujeto a una licencia "Creative Commons Reconocimiento-No Comercial – Sin Obra derivada" (CC-by-nc-nd).

Leticia García Velasco
José M^a Jiménez Pérez (Coordinador). Valladolid, 2019

ISBN 978-84-1320-054-5

Maquetación: Ediciones Universidad de Valladolid

Diseño de cubierta: Ediciones Universidad de Valladolid

Universidad de Valladolid – Facultad de Enfermería –
Avda. de Ramón y Cajal, 7 – 47005 Valladolid
☎ 983 423025 – 📠 983 423284 – decanato.enf.va@uva.es



Índice de contenidos

1. LEY 41/2002 BÁSICA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.
2. LEY 8/2003, DE 8 DE ABRIL, SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON SU SALUD.
3. DECRETO 101/2005, DE 22 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE REGULA LA HISTORIA CLÍNICA.
4. LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.
5. LEY 2/2007 DEL ESTATUTO JURÍDICO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE CASTILLA Y LEÓN.
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.



1. LEY 41/2002 BÁSICA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

I. ESTRUCTURA DE LA LEY

La ley, aprobada en el año 2002, tiene la siguiente estructura:

- Un preámbulo.
- Seis capítulos.
- Veintitrés artículos.
- Disposiciones:
 - o Seis disposiciones adicionales.
 - o Una disposición transitoria.
 - o Una disposición derogatoria.
 - o Una disposición final.

La Declaración universal de derechos humanos del año 1948 marcó el antes y el después en cuanto a los derechos de las personas en general, y en el ámbito sanitario en particular. Con el paso de los años se ha visto de manifiesto la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico asistenciales, y así se ha demostrado por el interés que diferentes organizaciones internacionales han demostrado en la materia.



Los fundamentos legales que empujan a la aprobación de esta Ley, de ámbito nacional, se centran fundamentalmente en:

- El Artículo 43 de la Constitución española, sobre el derecho a la protección de la salud.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- La Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa del año 1994.
- El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina del año 1997 (o Convenio de Oviedo), que entró en vigor en España en el año 2000.

II. ANTECEDENTES

Uno de los fines que se buscaba con la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, además del más puramente organizativo, era destacar la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, promoviendo la dignidad de las personas y la libertad individual, por una parte, y declarando que se debe permitir que la garantía de la salud sea un derecho inalienable para todos los usuarios, asegurando el respeto a la intimidad, a la libertad individual, garantizando la confidencialidad y sin ningún tipo de discriminación. Y así, enuncia una serie de principios generales, al que daremos especial importancia al de la autonomía del paciente, y en específico, al ámbito del consentimiento informado, de la documentación clínica y de la concreción de los derechos de los usuarios. En este contexto se considera necesaria la aprobación de la Ley 41/2002, en el que se enumeran los principios básicos y los derechos fundamentales que se tendrán que respetar durante el proceso de la atención clínica.

A pesar de conseguir un notable avance en esta serie de principios, tanto el derecho a la información como la protección de datos de carácter personal o la confidencialidad de pacientes y usuarios, se han tenido que ver matizados y



ampliados por otras Leyes y disposiciones con el paso del tiempo, y la Ley 41/2002 se ha convertido en, precisamente, una ley básica y fundamental que nos muestra unos mínimos generales para la atención clínico-asistencial.

III. LOS PRINCIPIOS GENERALES

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

Principios básicos.

1. Dignidad y respeto a la autonomía: La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Consentimiento informado previo con carácter general: Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. Libre decisión, relacionada con la información previa y la autonomía de la decisión: El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Negativa al tratamiento, relacionada con los anteriores principios, con carácter general: Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Obligación de colaboración veraz: Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención,



especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria. Podemos relacionar este principio básico con los derechos y deberes de las personas en relación con su salud.

6. Lex artis, cumplimiento de obligaciones y respeto de la autonomía del paciente: Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. Confidencialidad: La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

En el artículo 3 aparecen definidas algunos términos para saber a qué se refiere la propia Ley cuando habla de ellos durante el texto. Son un tipo de definiciones que, en textos similares en cuanto a la materia, y si no se cuenta con suficiente información de a qué hacen referencia, pueden ser útiles. De modo que este listado de definiciones puede servirnos como un punto de partida general para definir términos.

IV. EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

Contenidos entre los artículos 4, 5 y 6 aparece concretado el derecho a la información sanitaria. En estos artículos se promueve el conocimiento de toda la información disponible sobre su situación a los pacientes, lo que además también puede llegar a implicar, e implica en algunas ocasiones, la posibilidad de que se tenga que respetar que no quieran ser informados. También se establecen unos mínimos con respecto a esta información:

- La información se otorga de manera verbal, por regla general.
- Esta información debe tener constancia en la historia clínica.
- Deberá informarse de un mínimo, regulando las explicaciones según los requerimientos propios del paciente y su capacidad de comprensión,



siendo estos mínimos informativos los siguientes: finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada intervención.

- La información debe ser verdadera.
- La información debe ser comprensible.
- Respetando la autonomía, y ofreciendo ayuda cuando lo requiera el paciente.

Aunque no se mencione específicamente al personal de enfermería, en la Ley se nos menciona como *profesionales que le atienden*, o también *profesionales que intervienen*, de manera que, en lo que respecta a las obligaciones profesionales del personal de enfermería, se ven directamente involucrados en la obligación a informar a los pacientes de los extremos que les sean propios.

Al respecto, debemos citar que, siendo ésta una normativa de ámbito nacional que establece unos mínimos, en el caso de la Comunidad Autónoma de Castilla y León contamos con nuestra propia regulación en lo que respecta al “enfermero responsable” de un paciente, dado que así se nos designa en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, en su artículo 21.

Así pues, debemos dejar a un lado las anticuadas consideraciones del profesional de enfermería no habilitado para dar información, dado que estos profesionales son garantes de la información en sus cometidos específicos, esto es, a la dirección, evaluación y prestación de los cuidados que precisa el paciente o usuario de las técnicas.

¿A quién informamos?

Por regla general, las personas que deben ser informadas del desarrollo de la atención y el cuidado de los pacientes y usuarios serán las siguientes:

- Al paciente: en este epígrafe debemos hacer alusión al concepto de adecuación de la información para la comprensión del paciente. Al respecto, diferenciaremos entre:



- Comprensión del paciente relacionado con alguna posible discapacidad de tipo visual o auditiva: la información debe darse de manera adecuada a estas condiciones personales.
- Capacidad intelectual de comprensión: sea por cuestión de edad o por modificación de la capacidad sobrevenida por otros motivos.
- A familiares o personas vinculadas por razones de hecho, con permiso del paciente (expreso o tácito).
- Información al representante legal si existe incapacidad.
- Si el paciente no es capaz de entender (razones físicas o psíquicas) se informará a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.
- Ausencia de información en caso especial de estado de necesidad terapéutica: Nos referimos a aquellos casos específicos en los que, por razones objetivas, el conocimiento de su situación pueda perjudicar de manera grave la salud del paciente. cuando este supuesto se cumple, debe quedar constancia de las razones por las que no se dará la información en la historia clínica, y se debe comunicar a los familiares o personas vinculadas a él.

El derecho a la intimidad

Directamente relacionado con el epígrafe de información y la protección de derechos fundamentales, no se permite el acceso a los datos referentes a la salud de las personas sin una autorización previa amparada por la Ley. Los centros sanitarios, como custodios de esos datos, tendrán que adoptar las medidas necesarias para que esto se cumpla.

Debemos aplicar la regulación de la Ley Orgánica de Protección de Datos, modificada en 2018, para conocer el alcance legal de la preservación, por parte de los profesionales, del derecho a la intimidad.



V. EL DERECHO A RESPETAR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Del artículo 8 al artículo 13 se contienen menciones específicas sobre el consentimiento informado, sus límites, su aplicación, las condiciones, los documentos de instrucciones previas, cartas de servicios e información y derecho a la información para elegir médico y centro. Lo que más nos interesa de todas estas menciones son las específicas del consentimiento informado.

Características básicas del consentimiento informado:

- Toda actuación precisa consentimiento libre y voluntario.
- El consentimiento se otorgará de forma verbal por regla general. Existen una serie de casos específicos en los que se exige el consentimiento escrito:
 - o Realización de intervenciones quirúrgicas.
 - o Realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
 - o Realización de otros procedimientos que puedan suponer riesgos o inconvenientes que repercutan negativamente en la salud del paciente.
- Se precisa un consentimiento para cada actuación específica, de manera que no podrán existir consentimientos conjuntos.
- En el caso en que alguno de los procedimientos se encuentre programado como parte de un proyecto docente o de investigación, sin que estos supuestos conlleven cualquier tipo de riesgo adicional.
- El paciente podrá revocar su propio consentimiento. Por regla general, dicha negativa deberá constar por escrito, y en el caso de consentimientos escritos deberá constar en el mismo documento la posibilidad de revocar dicho consentimiento.

Límites del consentimiento.

- El paciente podrá renunciar a obtener información, aunque dicha renuncia debe verse limitada por varios supuestos:



- Interés de la salud propia.
- Interés de terceros.
- Interés de la colectividad.

Aunque el paciente no desee ser informado, no quiere decir que no haya que seguir recabando sucesivos consentimientos en función de los procedimientos que se lleven a cabo.

- Podrá dispensarse la cumplimentación del consentimiento en determinados extremos:
 - Por existir riesgo para la salud pública por razones establecidas por la Ley. En estos casos, deberá existir la comunicación a la autoridad judicial en un máximo 24 horas en el caso en que la medida que se tome suponga el internamiento obligatorio y no consentido de personas.
 - Por existir riesgo grave e inmediato para la integridad física o psíquica, cuando no sea posible conseguir la autorización de familiares o personas vinculadas al paciente por análogas relaciones de hecho.
- Podrá llevarse a cabo el consentimiento por representación en los siguientes casos:
 - Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones por causa de su estado físico o psíquico, a criterio del médico responsable, el consentimiento se dará por representación de sus familiares o personas vinculadas a él por relaciones de hecho.
 - Cuando el paciente tenga su capacidad judicialmente modificada, y que así conste en la sentencia que modifica la capacidad, el consentimiento se dará por parte de sus tutores legales.
- En ambos casos, la decisión debe adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. en todo caso, debe hacerse constar en la historia clínica las circunstancias por las que no se da el consentimiento por parte de quien sea representante legal.



Si la decisión es contraria al beneficio o salud del paciente, se deberá contactar con la autoridad judicial, bien directamente o a través del Ministerio Fiscal.

Si existen razones de urgencia, prima la decisión del profesional sanitario por causa de justificación del cumplimiento de un deber y de estado de necesidad, y deberá reflejarse en la historia clínica la motivación concreta y las circunstancias relacionadas.

El caso especial de los menores.

Las modificaciones legales que la aprobación de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, conllevaron la incorporación de los criterios recogidos en la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado sobre el tratamiento sustantivo de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave. También se introdujo un nuevo apartado en el que se aclaraba el límite para el consentimiento por representación.

La ley establece la mayoría de edad sanitaria, con carácter general, a los 16 años. No obstante, se puede llegar a considerar capacitado al menor de esta edad que, a criterio del profesional sanitario que le atiende, tenga condiciones de madurez suficiente.

En el caso en que el paciente sea menor de edad no capaz intelectual y emocionalmente de comprender, serán sus progenitores o tutores legales quienes otorgarán el consentimiento por representación, con una matización:

- a. Primero debe escucharse la opinión del menor.
- b. Posteriormente serán los representantes legales quien otorguen el consentimiento.

En el caso de menores emancipados o mayores de 16 con capacidad idónea para la edad y las circunstancias concretas, no cabe el consentimiento por representación. La única particularidad aparece cuando existe un grave riesgo para la vida o la salud del menor, momento en el cual, según el criterio del



personal encargado de su tratamiento, se oirá la opinión del menor y se otorgará el consentimiento por parte de los tutores legales.

Cuando se trata de un consentimiento relacionado con la interrupción voluntaria del embarazo (tanto en menores de edad como en personas con capacidad modificada judicialmente), la actuación precisa de la manifestación de voluntad junto con el consentimiento expreso de sus representantes legales desde el año 2015. En el caso en que patria potestad de la paciente la ostenten sus dos progenitores, el consentimiento será de ambos representantes legales. Ante un conflicto, la solución se debe dar según las disposiciones del Código Civil.

Previo al consentimiento.

Antes de recaban el consentimiento por escrito, se deberá informar de manera oral al paciente o usuario de los siguientes términos:

- Las posibles consecuencias de la intervención.
- Los riesgos personales o profesionales que pueden derivarse de la intervención.
- Los riesgos comunes en condiciones normales.
- Las contraindicaciones relacionadas con la intervención.

Instrucciones previas.

El documento de instrucciones previas es una de las manifestaciones más relevantes de voluntad en el ámbito sanitario, expresa los deseos de una persona mayor de edad y capaz que, libremente, manifiesta qué cuidados y tratamientos desea que se le practiquen para las situaciones en las que no pueda manifestar su voluntad o esté llegando su fallecimiento. Así, también pueden expresar voluntades en cuanto al destino de los órganos y partes de su cuerpo, dado que en España existe una presunción de donación de todas las personas mayores de edad.



En Castilla y León se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas de Castilla y León por Decreto 30/2007, de 22 de marzo.

Dicho Decreto tiene las finalidades de ser el mecanismo para la inscripción, recopilación y custodia de los documentos de instrucciones previas emitidos y que quieran ser voluntariamente inscritos (así como su sustitución o revocación); y por otro lado, facilitar el acceso a dichos documentos para que puedan ser conocidos de forma ágil y rápida por los médicos que tengan que atender a quien las formula.

Existen varias posibilidades de formalización del documento:

1. Ante tres testigos.
2. Ante el personal al servicio de la Administración.
3. Ante Notario.

También existe un Registro nacional de instrucciones previas creado adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, y en él se deben recoger las inscripciones practicadas a nivel autonómico.

Más derechos relativos a la información.

- Información en el Sistema Nacional de Salud:

Se otorgará a los pacientes y usuarios toda la información disponible sobre servicios y unidades asistenciales, calidad y requisitos para el uso de todos estos servicios.

Deberán existir cartas de servicios en centros sanitarios que especifican derechos y deberes. Se pueden encontrar en carteles y trípticos o folletos en los centros sanitarios, junto con otros carteles informativos con las características asistenciales del centro, y otra información relativa al interés de pacientes y usuarios.

Se informará a pacientes y usuarios de la posibilidad de realizar sugerencias y reclamaciones, así como los lugares donde podrán llevarlas a cabo.



- Información para elección de médico y de centro:

En el caso de Castilla y León, así como en casi todas las Comunidades Autónomas, el ejercicio del derecho a la elección de médico y de centro ha de ser compatible con la organización de los distintos servicios, de manera que no es un derecho absoluto, sino que tiene una serie de límites, derivados de la calidad asistencial, de la continuidad en los cuidados, de la disponibilidad de los profesionales o del mantenimiento de una adecuada relación entre los profesionales sanitarios y el paciente.

VI. LA HISTORIA CLÍNICA

Regulada entre los artículos 14 a 19 de la Ley, se definen las características básicas de la historia clínica. Por una parte, da una definición de la misma e indica que los centros serán los encargados de la seguridad y correcta conservación de las mismas. Además, incorpora cuál es el contenido mínimo de la historia clínica, cuáles pueden ser sus usos, quién tiene que custodiarlo y obliga a guardar el deber de secreto a todo el personal que accede a esos datos, que, por otra parte, quedará siempre registrado según lo que regule específicamente cada Comunidad Autónoma con competencias transferidas.

El derecho de acceso a la historia es uno de los puntos que a veces resulta más conflictivo a la hora de defenderlo frente a terceros. Lo que queda claro es que solo el paciente tiene derecho de acceso y obtención de copia, siempre que no perjudique el derecho de terceros o suponga una injerencia en el propio interés terapéutico del paciente o perjudique los profesionales que la elaboran, que pueden oponer, y de hecho, oponen, la reserva de sus anotaciones subjetivas.

En cuanto a los terceros que pueden acceder a la historia u obtener copia, solo será posible bajo debida acreditación de representación o, en el caso de fallecimiento, a los vinculados a él, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite. Existen casos especiales de acceso motivado por un riesgo para la salud, que se limitará a ciertos datos.



Teniendo en cuenta que cada Comunidad Autónoma regula las disposiciones concretas en lo relacionado a la historia clínica, nos detendremos en más especificaciones en la parte del temario relativa al Decreto aprobado en Castilla y León.

VII. INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Los artículos 20 a 23 de la ley hacen una descripción somera del derecho al informe de alta, con los contenidos mínimos que debe tener según las definiciones del artículo 3 (*el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas*).

Sí que debemos detenernos en la lectura del 21 de la Ley, ya que nos informa de la correcta actuación en caso de no aceptación de un tratamiento prescrito. En los casos en los que un paciente no acepta aquello que se prescribe por el personal facultativo como determinante para la consecución de los fines terapéuticos, se propondrá al usuario la firma del documento de alta voluntaria. En el caso de que no la firme, es la dirección del centro sanitario quien, a propuesta del médico responsable, puede disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por Ley. Estas condiciones hacen referencia directamente a la existencia de tratamientos alternativos, de ahí que se especifique que tengan que ser tratamientos determinantes para la consecución de esos fines terapéuticos. Aun así, hay que tener en cuenta que existen razones por las que no se va a poder “*echar a un paciente a la calle*”, aunque existiendo alternativas, el paciente se niegue a aceptarlas. En estos casos, lo adecuado es acudir a la autoridad judicial.



VIII. CONSIDERACIONES FINALES

Los últimos dos artículos de la ley hacen referencia al derecho de emisión de certificados médicos acreditativos del estado de salud, y las obligaciones de los profesionales a cumplimentar protocolos, registros, y demás documentación que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, incluidos también los de investigación e información epidemiológica, por lo que no entraremos en más detalle.

Para un correcto estudio de las particularidades de la emisión de certificados médicos y demás, aconsejamos la lectura de la legislación y bibliografía mencionada y relacionada.



2. LEY 8/2003, DE 8 DE ABRIL, SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON SU SALUD

I. ESTRUCTURA DE LA LEY

Esta ley tiene 7 títulos, de ellos sólo el tercero se subdivide en capítulos, 50 artículos, 4 disposiciones adicionales, una derogatoria, y dos finales.

Se estructura en los siguientes títulos:

- Título Primero. Disposiciones generales.
- Título II. Protección de los derechos relativos a la confidencialidad e intimidad.
- Título III. Protección de los derechos relativos a la información y participación.
 - o Capítulo primero. Información asistencial.
 - o Capítulo II. Información sanitaria y epidemiológica.
 - o Capítulo III. Reclamaciones y sugerencias.
 - o Capítulo IV. Participación.
- Título IV. Protección de los derechos relativos a la autonomía de decisión.
- Título V. Protección de los derechos relativos a la documentación clínica.
- Título VI. Deberes.
- Título VII. Régimen de garantías.



Esta Ley desarrolla en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla y León los Preceptos básicos de la Ley 41/2002, de Autonomía del paciente, pero además incorpora aspectos como los relativos a:

- Establecimiento de tiempos máximos de espera para determinadas prestaciones sanitarias.
- Segunda opinión médica.
- Respeto a las decisiones sobre la salud adoptadas de forma anticipada (Instrucciones previas).
- Introducción de nuevas garantías en el ejercicio de otros derechos previamente establecidos, como los relativos a la igualdad y no discriminación, la confidencialidad y la información, que estudiaremos en cada apartado de la Ley 41/2002.
- Tratamiento especial de estos derechos en enfermos terminales y personas con trastornos psíquicos.
- Habitación individual.

II. OBJETO DE LA LEY

La ley busca la promoción del cumplimiento de los derechos y deberes en relación con la salud, reconocidos y establecidos en la Constitución, en los tratados y acuerdos internacionales ratificados por el Estado Español y en las restantes normas del ordenamiento jurídico.

En particular, se mencionan como iniciadores del movimiento de la protección de los derechos de los pacientes en relación con la salud las diversas declaraciones de organizaciones internacionales como las Naciones Unidas y sus organismos dependientes (entre ellos, la Organización Mundial de la Salud), y al respecto, la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948, y más en relación con lo específicamente sanitario, la Declaración para la promoción de los



derechos de los pacientes en Europa de 1994, promovida por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

En España, tras el traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Autónoma mediante Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, se generó el marco propicio para el impulso de una nueva generación de derechos y garantías en relación con la salud.

Así, la aprobación de la Ley ha supuesto la incorporación de aspectos más específicos en la legislación en lo que afecta al ámbito sanitario, tales como el establecimiento de tiempos máximos de espera para determinadas prestaciones sanitarias, el derecho a una segunda opinión médica, o el respeto a las decisiones de salud tomadas de forma anticipada, siempre velando por el cumplimiento del marco común que la Ley 41/2002 ya otorgó para todos los ciudadanos del Estado.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Se extiende a todos los centros, servicios o establecimientos ubicados en el territorio de Castilla y León en los que se realicen actuaciones sanitarias, ya sean de titularidad pública o privada. Por lo tanto, se entiende incluido todo el personal que esté al servicio de estas instituciones o centros sanitarios.

IV. PERSONALIDAD, DIGNIDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

Los Poderes Públicos de Castilla y León adoptarán las medidas necesarias para garantizar que todas las actuaciones que se lleven a cabo en relación con la salud estén regidas por los principios de máximo respeto a la personalidad y dignidad y de no discriminación por razón de nacimiento, edad, nacionalidad, raza, sexo, deficiencia o enfermedad, religión, lengua, cultura, opinión, o cualquier otra circunstancia personal, familiar o social.



V. PRESTACIONES, SERVICIOS Y ACTUACIONES DEL SISTEMA DE SALUD

La Administración de la Comunidad de Castilla y León garantizará el derecho a las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva del Sistema de Salud de Castilla y León conforme a lo previsto en la normativa vigente.

Las actuaciones del Sistema de Salud de Castilla y León se orientarán a la humanización de la asistencia, a ofrecer una atención individual y personalizada y a promover la comodidad, el bienestar físico y psíquico, la comprensión y el trato adecuado del paciente y de sus familiares o personas vinculadas.

Los niños, las personas mayores, las mujeres víctimas de maltrato, los drogodependientes, las personas que padecen enfermedades mentales, las que padecen enfermedades crónicas e invalidantes, las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial y las que pertenecen a grupos específicos de riesgo serán objeto de actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes en el Sistema de Salud de Castilla y León.

VI. APLICACIÓN FAVORABLE A LA INFORMACIÓN Y DECISIÓN

Toda persona mayor de 16 años o menor emancipada ha de considerarse capacitada, en principio, para recibir información y tomar decisiones acerca de su propia salud. Asimismo, y sin perjuicio de lo anterior, habrán de considerarse capacitados todos los menores que, a criterio del médico responsable de la asistencia, tengan las condiciones de madurez suficiente. A este respecto cabe que destaquemos el refuerzo que se otorga a la consideración de la legislación nacional sobre la denominada “mayoría de edad sanitaria”.

VII. ENFERMOS TERMINALES

Las Administraciones Sanitarias de Castilla y León velarán por que el respeto a la dignidad de las personas se extreme durante el proceso previo a su muerte, así como por el efectivo cumplimiento, en todos los centros, servicios y



establecimientos, de los derechos reconocidos a los enfermos terminales y en particular los relativos a:

- El rechazo de tratamientos de soporte vital que alarguen innecesariamente el sufrimiento.
- El adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos.
- La posibilidad de decidir la presencia de familiares y personas vinculadas en los procesos que requieran hospitalización.
- La posibilidad de contar con habitación individual si el paciente, la familia o persona vinculada de hecho lo solicita.

Al respecto, en la Comunidad de Castilla y León, todavía no se ha aprobado una Ley que regule pormenorizadamente lo que se considera como “muerte digna”. En julio de 2019 hubo un primer anuncio por parte de la Junta de Castilla y León y que busca la regulación en casos, por ejemplo, de derecho a la sedación.

VIII. DERECHOS RELATIVOS A LA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD

Los poderes públicos de Castilla y León deben velar por el respeto a la intimidad de las personas en las actuaciones sanitarias, por la confidencialidad de la información relacionada con la salud y porque no se produzcan accesos a estos datos sin la autorización previa amparada por la ley.

Aparecen citados en la ley, en los artículos del 9 al artículo 16, siendo los mismos:

- Intimidad y confidencialidad de la información relacionada con la salud.
- Confidencialidad de los datos genéticos.
- Confidencialidad de los datos personales.
- Levantamiento de la confidencialidad en cumplimiento de deberes de comunicación y denuncia.
- Respeto a la intimidad del cuerpo.



- Derecho al acompañamiento: al menos un familiar o persona de su confianza, salvo que la presencia sea desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria, conforme a criterios médicos.
- Limitación de la grabación y difusión de las imágenes. Estas grabaciones precisan de la previa y expresa autorización del afectado o de la persona que corresponda.
- Régimen de protección.

IX. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN

Todos los centros, servicios y establecimientos deben proporcionar de forma continuada a los pacientes y a las personas vinculadas a ellos por razones familiares o de hecho, en los términos legalmente establecidos, información sobre su proceso y sobre las atenciones sanitarias prestadas. De manera que podemos indicar que los derechos relativos a la información que se protegen en este título son los siguientes:

- Información asistencial.

Básicamente, se desarrolla lo ya visto en la Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente. Existen algunas concreciones, por ejemplo con la garantía de la información o la necesidad terapéutica de no informar, que especifican casos concretos.

- Información sanitaria y epidemiológica.

Hace referencia a la facilitación del conocimiento suficiente sobre factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva, programas de salud y acciones del Sistema de Salud de Castilla y León, relacionadas con la prevención, promoción y protección de la salud, y otros.

- Reclamaciones y sugerencias.

La Administración de la Comunidad de Castilla y León debe disponer de las medidas necesarias para garantizar el derecho a utilizar los



procedimientos de reclamación y sugerencia por parte de los usuarios y pacientes.

- Participación.

Se hace un llamamiento a los poderes públicos para garantizar el cumplimiento del derecho a participar en las actuaciones del Sistema de Salud de Castilla y León (órganos de participación ciudadana), así como instituciones de voluntariado.

X. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA AUTONOMÍA DE LA DECISIÓN

Sobre la base de la adecuada información, el respeto a las decisiones adoptadas sobre la propia salud lleva aparejado el favorecimiento y estricta observación de los derechos relativos a la libertad para elegir de forma autónoma entre las distintas opciones que presente el profesional responsable, para negarse a recibir un procedimiento de diagnóstico, pronóstico o terapéutico, así como para poder en todo momento revocar una anterior decisión sobre la propia salud. Se concretan estos derechos en los artículos del 28 al 37.

- Respeto a las decisiones adoptadas sobre la propia salud. Podemos remitirnos en este epígrafe a lo relativo al consentimiento y la autonomía de la decisión de la Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente.
- Protección y promoción de la libertad y la autonomía del paciente.
- Especificación de la edad del menor para ser escuchado o para ser capaz de dar su consentimiento. Se declara que, en Castilla y León, a partir de los 12 años, con madurez suficiente, se escucha, pero la decisión la toman los representantes legales.
- Respeto a la regulación general en casos particulares, como interrupción voluntaria del embarazo, ensayos clínicos, etc. que se rigen por lo establecido en la Legislación Civil y por normativa específica.



- Existen una serie de límites de la autonomía de la voluntad, relacionadas generalmente con la responsabilidad, el daño a terceros y el cumplimiento del principio de legalidad:
 - o Que no sean medidas contrarias a la ley.
 - o Que no sean medidas que afecten a la Salud Pública.
 - o En el caso en que sean intervenciones en supuestos de riesgo inmediato y grave para la integridad del paciente, remitimos a las especificaciones de la Ley 41/2002.
- Instrucciones previas:
 - o La formulación del documento de instrucciones previas se registrará según la norma aplicable. En el caso, es el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, y en Castilla y León, el Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas de Castilla y León.
 - o Modalidades: ante notario, ante personal de la Administración o ante tres testigos mayores de edad que no deben tener relación o vínculos de hecho con el otorgante.
- Negativas a recibir un procedimiento sanitario:
 - o Que se procuren procedimientos alternativos, aunque sean paliativos.
 - o Si no hay alternativa o el paciente lo rechaza, se propondrá al paciente la firma del documento de alta voluntaria.
 - o Si se niega al alta, la dirección del centro, a propuesta del médico responsable, podrá ordenar al alta forzosa.
 - o Si se niega al alta forzosa, la dirección, previa comprobación del informe clínico, oirá al paciente, y si persiste la negativa, lo pondrá



en conocimiento de la autoridad judicial para que confirme o revoque el alta.

- Consentimiento informado:

Nos remitimos a la Ley 41/2002 en lo general, dado que lo único que entra a valorar en específico la Ley 8/2003 es cuál debe ser el contenido del documento de consentimiento informado en Castilla y León.

- Advertencia acerca de procedimientos experimentales, o que pudieran ser utilizados en un proyecto o de investigación: de nuevo volvemos a hablar de casos en los que la autonomía de la voluntad juega un papel fundamental, relacionándolo tanto con los principios de beneficencia como no maleficencia y autonomía.

- Segunda opinión médica:

Existe la posibilidad de solicitar y recibir una segunda opinión médica dentro del Sistema, de acuerdo con la regulación específica que al efecto se establezca.

- Libre elección de profesional y centro:

En el caso de Castilla y León, el ejercicio del derecho a la elección de médico y de centro ha de ser compatible con la organización de los distintos servicios, de manera que no es un derecho absoluto, sino que tiene una serie de límites, derivados de la calidad asistencial, de la continuidad en los cuidados, de la disponibilidad de los profesionales o del mantenimiento de una adecuada relación entre los profesionales sanitarios y el paciente

XI. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA

En los artículos del 39 al 41 se especifican los deberes de regulación, garantía e intervención de los poderes públicos de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (Junta de Castilla y León y Administración Sanitaria de Castilla y León) en



materia de información y documentación clínica, informes de alta o certificados acreditativos del estado de salud.

XII. DEBERES DE LAS PERSONAS EN RELACION CON SU PROPIA SALUD

Mencionados en los artículos del 42 al 47, hacen referencia a la responsabilidad sobre la propia salud, el respeto a las prescripciones y medidas sanitarias, o al uso adecuado de recursos, instalaciones y servicios, así como el debido respeto a los trabajadores y a otros usuarios.

- Responsabilidad sobre la propia salud.

Asunción de responsabilidad sobre las propias decisiones sobre su salud, dejar constancia por escrito de las mismas y firmar el documento de alta voluntaria conforme a las previsiones del ordenamiento jurídico.

- Respeto a las prescripciones y medidas sanitarias.

Cumplimiento de los deberes de respeto a las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población y a las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, la protección de la salud o la lucha contra las amenazas a la salud pública tales como: el consumo de tabaco, el alcoholismo, los accidentes de tráfico, las enfermedades transmisibles susceptibles de ser prevenidas mediante vacunación u otras medidas preventivas, así como de los deberes de colaboración en la consecución de los fines de tales prescripciones y medidas.

- Utilización adecuada de los recursos y las prestaciones del Sistema de Salud.

Adecuada utilización de los recursos y prestaciones del Sistema de Salud, de acuerdo con las necesidades de salud y en función de las disponibilidades de dicho Sistema.

Los poderes públicos actuarán para la evitación de situaciones de utilización poco diligente, irresponsable o abusiva que dificulte el acceso de todos a la



atención sanitaria en condiciones de igualdad efectiva (relación con el principio de justicia).

-Uso correcto de las instalaciones y servicios.

Garantizar la conservación y funcionamiento de las instalaciones y servicios.

-Respeto debido a las personas.

Todas las personas tienen el deber de mantener el respeto debido al personal de los centros, servicios y establecimientos tanto en su dignidad personal como profesional, debiendo respetar asimismo a los otros pacientes, familiares o acompañantes.

-Lealtad y veracidad en la aportación de datos.

Todas las personas tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria, con los límites que exige el respeto al derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos personales.

XIII. DISPOSICIONES ADICIONALES

Se mencionan otro tipo de derechos que acompañan al proceso de asistencia sanitaria, pero que no se han encuadrado por diversos motivos en otras normativas.

Por ejemplo, podemos hablar del derecho a contar con una habitación individual si las especiales circunstancias del paciente lo precisan, sin que sea un menoscabo del derecho a la asistencia sanitaria por parte de otros usuarios (desarrollado en Decreto 119/2004, de 25 de noviembre, por el que se regulan los criterios de utilización de habitación de uso individual en los centros hospitalarios del Sistema de Salud de Castilla y León o concertados con éste).



También se implanta que deba desarrollarse un reglamento en el que se establezcan los plazos máximos establecidos para cada procedimiento, y que deben ser conocidos (desarrollado en Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de Atención Especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León).

XIV. CONSIDERACIONES FINALES

Para un correcto estudio de la materia, aconsejamos la lectura de la legislación y bibliografía mencionada y relacionada.



3. DECRETO 101/2005, DE 22 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE REGULA LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un instrumento fundamental para la atención sanitaria del paciente ya que recoge toda la información relativa a su proceso asistencial. Incorpora un conjunto de documentos que contienen datos sobre la situación y evolución clínica del paciente, y ayuda a garantizar que la asistencia sanitaria sea adecuada. En general se recoge la información clínica, procedente de la práctica clínica relativa a un paciente, y se resumen todos los procesos a los que ha sido sometido.

Como elemento básico en la relación con el paciente, ha de estar a disposición de los profesionales que le asisten. En aras de su mejor utilización es preciso que la historia clínica esté unificada dentro del mayor ámbito posible, que se determine qué documentos ha de contener, cómo ha de cumplimentarse y que se establezcan modelos normalizados de los documentos que incorpora.

Además de ser un instrumento decisivo en las relaciones en el medio sanitario con el paciente, también desempeña otras funciones en el ámbito jurisdiccional, en el de la investigación, en el de la docencia, en el de la planificación, así como en otros ámbitos. Son, por tanto, muchas las personas que pueden tener acceso



a la historia clínica además del profesional sanitario y del propio paciente. Es preciso por ello asegurar la confidencialidad de la información que contiene.

Al respecto de la confidencialidad, podemos decir que la historia clínica constituye un fichero de datos de carácter personal que contiene información que afecta a la intimidad del paciente. La LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales contempla los datos de salud de una manera un poco laxa, y se atiene a lo referido en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo al Tratamiento de datos personales y su libre circulación.

La conservación completa de la historia clínica plantea problemas en relación con su manejo eficiente. Por eso se hace preciso expurgar y destruir la documentación que no se considera necesario guardar, y conservar aquella que pueda tener valor futuro, bien para la asistencia al paciente, bien con fines judiciales o cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento.

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, establece un marco normativo común en materia de historia clínica mediante la regulación, con carácter básico, de distintos aspectos como el contenido, el uso, la conservación, el acceso y la custodia. Asimismo, prevé en la Disposición Adicional Tercera la coordinación de las historias clínicas en todo el territorio nacional que permita un intercambio de información sobre un mismo paciente.

En el ámbito de Castilla y León, la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, dedica uno de sus títulos a la protección de los derechos relativos a la documentación sanitaria, y proclama el derecho de los usuarios a que quede constancia documental de todo el proceso sanitario por escrito o en soporte adecuado y legible.



I. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de aplicación de esta norma se extiende a todos los centros, servicios y establecimientos ubicados en el territorio de Castilla y León en los que se realicen actuaciones sanitarias, ya sean de titularidad pública o privada.

II. DEFINICIONES

A efectos de este Decreto se entiende por:

- Historia clínica: El conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
- Historia clínica única: Todos los datos de los contactos asistenciales relacionados por un único número de identificación del paciente.
- Episodio asistencial: El conjunto ordenado de datos generados como consecuencia de las actuaciones que los profesionales sanitarios efectúan en el ejercicio de su profesión para atender una demanda asistencial iniciada por un contacto, ya sea en el centro sanitario o fuera de él. En función de su naturaleza se clasifican en:
 - Episodios de urgencia.
 - Episodios de hospitalización.
 - Episodios de consulta.
 - Episodios de cirugía ambulatoria.
 - Sesiones terapéuticas ambulatorias, no catalogables como consulta o cirugía ambulatoria.
 - Estudios diagnósticos ambulatorios, no catalogables como consulta o cirugía ambulatoria.

La historia clínica es el instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia sanitaria adecuada al paciente. Para ello, en la historia clínica deberá quedar constancia de toda la información sobre su proceso asistencial de modo que permita el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud.



La historia clínica, asimismo, podrá utilizarse con fines epidemiológicos, de salud pública, judiciales, de investigación y de docencia, así como en las funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación sobre protección de datos, la legislación básica sanitaria y demás normas de aplicación en cada caso.

En el ámbito del Sistema de Salud de Castilla y León, la historia clínica será única por paciente y preferiblemente, deberá encontrarse unificada dentro de un mismo centro, servicio o establecimiento sanitario. Una historia clínica estará unificada cuando todos los documentos activos sustentados bajo un mismo soporte se encuentren archivados en un mismo contenedor.

Las historias clínicas habrán de estar normalizadas en su estructura con el fin de facilitar su uso y todos los documentos que forman los episodios de la historia clínica deberán guardar un orden secuencial del proceso asistencial del paciente. Los profesionales sanitarios y no sanitarios tienen el deber de cooperar en el mantenimiento de este orden.

Cumplimentación de la historia clínica

La cumplimentación de la historia clínica se efectuará conforme a lo siguiente:

- 1º) Cualquier información incorporada a la historia clínica deberá ser fechada y firmada de forma que se identifique claramente a la persona que la realiza. Se hará referencia también a la hora cuando este dato sea relevante. En las historias clínicas en las que participe más de un profesional, deberán constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada uno.
- 2º) Las anotaciones subjetivas de los profesionales que intervengan en el proceso asistencial deberán quedar claramente identificadas respecto del resto de la información contenida en la historia clínica, con el fin de facilitar su disociación cuando ésta sea precisa.



- 3º) Cuando la información que se incorpore a la historia clínica proceda del paciente o de un tercero aportada en interés terapéutico del paciente, deberá hacerse constar tal circunstancia.
- 4º) En cualquier documento que integre la historia clínica deberá figurar el número de la misma y los datos identificativos del paciente y del centro.
- 5º) Las historias clínicas deberán ser legibles, y se evitará en lo posible la utilización de símbolos y abreviaturas. Si se utilizaran, la primera vez se acompañarán de su significado completo. Se usará la terminología normalizada y universal.

Clase de soporte de la historia clínica y protección de datos

Las historias clínicas se podrán elaborar en cualquier tipo de soporte, siempre que quede garantizada su conservación, así como la autenticidad y confidencialidad de su contenido y su reproducción futura. Se deberá garantizar que quede constancia de todas las anotaciones, de las posibles rectificaciones que se lleven a cabo, así como de la identificación de los profesionales que las han realizado.

A la historia clínica le será de aplicación el régimen de protección regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en las demás normas de desarrollo. Debemos tener en cuenta las modificaciones de la Ley de Protección de Datos ya mencionadas, que se llevaron a cabo mediante la LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a lo referido en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo al Tratamiento de datos personales y su libre circulación.

Cualquiera que sea el soporte en el que se registre la historia clínica, y con el fin de preservar la confidencialidad, en la carpeta contenedora de la documentación deberá figurar únicamente los datos identificativos del centro, nombre y apellidos del paciente y el número de historia clínica.



III. CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Contenido de la historia clínica en atención primaria

Cuando la asistencia se preste en el ámbito de la atención primaria se cumplimentarán, al menos, un documento básico o principal y la hoja de evolución.

En el documento básico o principal se recogerán, como mínimo, los siguientes datos:

1. Datos administrativos que serán, al menos, los siguientes:
 - a. Identificación de la zona básica de salud y de la localidad.
 - b. Número y fecha de apertura de la historia clínica.
 - c. Identificación de los profesionales sanitarios responsables de la atención al paciente o usuario.
 - d. Identificación y localización del paciente o usuario.
2. Antecedentes sociales, laborales y ambientales correspondientes al medio en el que se desenvuelve el paciente o usuario que puedan tener algún interés relacionado con los riesgos para su salud.
3. Antecedentes familiares relativos al estado de salud y factores de riesgo que puedan tener relevancia en la salud del paciente o usuario.
4. Antecedentes personales del propio paciente o usuario, que pueden tener relevancia en su estado de salud y riesgos para su salud. Incluirá, al menos:
 - a. Información relativa a las alergias y reacciones o intolerancias medicamentosas.
 - b. El estado de vacunación.
 - c. Los antecedentes ginecológico-obstétricos en el caso de la mujer.
 - d. Los antecedentes patológicos.
 - e. Las intervenciones quirúrgicas.
 - f. Los ingresos hospitalarios y sus causas.
 - g. La toma de medicaciones relevantes.
 - h. El consumo de drogas.



5. Hábitos y estilos de vida relativos a costumbres, valores y forma de vida del paciente o usuario que pueden tener relevancia en su estado de salud.
6. Los datos obtenidos de la anamnesis y de la exploración física del paciente o usuario.
7. Resumen de problemas que recoja el conjunto de enfermedades y situaciones relevantes que pueden condicionar la salud actual y futura del paciente o usuario.

Los datos administrativos podrán ser cumplimentados tanto por el personal sanitario como por el personal administrativo del centro. El resto de los datos sólo podrán ser cumplimentados por el personal sanitario.

En la hoja de evolución quedarán registrados cronológicamente todas las consultas y los datos relativos a la salud y a las necesidades de salud del paciente o usuario. Deberá incluir el motivo de la consulta y, en su caso, las exploraciones, los resultados de pruebas y técnicas diagnósticas y complementarias, las apreciaciones diagnósticas de los distintos profesionales que intervienen, los tratamientos, los planes de cuidados de enfermería y las actividades preventivas y de educación para la salud. Esta hoja de evolución deberá ser cumplimentada por el personal sanitario.

Deberá incorporarse a la historia clínica el documento de consentimiento informado cuando se lleven a cabo actuaciones en el ámbito de la atención primaria que requieran de dicho consentimiento.

En la historia clínica podrán incluirse, además, el informe de alta hospitalaria, el informe de urgencia de atención primaria y de atención especializada, así como otros documentos de uso habitual en atención primaria, sin perjuicio de que la información en ellos contenida se anote en la hoja de evolución.

En el caso de la historia clínica pediátrica se deberá incluir, además de los datos y documentos señalados que resulten pertinentes, al menos, los antecedentes



perinatales, las inmunizaciones con fechas y dosis, los hábitos alimenticios y el desarrollo psicomotor y somatométrico.

Contenido de la historia clínica en atención especializada

Cuando la asistencia se preste en el ámbito de la atención especializada el contenido mínimo de la historia clínica variará en función de la naturaleza del episodio asistencial y de la asistencia prestada. En episodios de hospitalización el contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

1. La hoja clínico-estadística.
Es el documento que recoge los datos resumen del episodio de ingreso del paciente.
2. La solicitud y autorización de ingreso.
Constará el motivo del ingreso, la fecha establecida para ello y el servicio correspondiente.
3. El informe de urgencia.
Es el documento en el que constan las anotaciones relativas a la asistencia urgente prestada al paciente.
4. La hoja de anamnesis y exploración física.
Es el documento donde se refleja la información obtenida de la entrevista inicial realizada al paciente.
5. La hoja de evolución.
Es el documento que recoge el curso clínico del paciente durante su asistencia en el hospital.
6. La hoja de órdenes médicas.
Es el documento donde se recogen las prescripciones facultativas durante el ingreso.
7. La hoja de interconsultas.
Es el documento destinado a recoger la solicitud de interconsulta, así como registrar el informe respuesta del servicio consultado.
8. Los informes de exploraciones complementarias.



Son los documentos destinados a recoger la información de los resultados generada por la práctica de cualquier prueba o técnica que se efectúe a un paciente con fines terapéuticos o diagnósticos.

9. El documento de consentimiento informado.

Es el documento utilizado para recabar por escrito la conformidad del paciente, antes de realizar actuaciones susceptibles de repercutir en su salud, cuando así lo exija la normativa vigente. Dicho documento deberá contener, como mínimo, los datos señalados en la Ley sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

10. El informe de anestesia.

Es el documento que recoge la información sobre la comorbilidad, la anestesia y la recuperación de ésta. Deberá contener, en su caso: El informe de preanestesia, el informe de anestesia, (que a su vez contendrá el diagnóstico preoperatorio, la intervención, la medicación administrada, las dosis, las vías, los tiempos, los procedimientos aplicados, la monitorización, las gráficas de constantes y las incidencias) y cuando proceda, el informe postanestésico antes de su traslado a la unidad correspondiente.

11. El informe de quirófano o de registro de parto.

El informe de quirófano es el documento que recoge la información sobre el acto quirúrgico realizado al paciente.

El informe de registro de parto es el documento que recoge la información sobre el acto obstétrico realizado a la mujer. Contendrá las incidencias y el tipo de actuaciones realizadas.

Este informe deberá cumplimentarlo el médico, la matrona que asista a la mujer o ambos.

12. El informe de anatomía patológica.

13. La hoja de evolución y planificación de cuidados de enfermería.

Es el documento que recoge la valoración, la programación y la ejecución de los cuidados de enfermería realizados al paciente durante su hospitalización. Deberá incluir los siguientes apartados:



- a. La valoración de enfermería, donde se registran los datos de salud-enfermedad obtenidos mediante la observación y comunicación con el paciente y la familia en el momento del ingreso. Se recogerán los problemas actuales y potenciales para la elaboración del plan de cuidados de enfermería.
- b. El plan de cuidados de enfermería.
- c. Las observaciones de enfermería, donde se registran todas las incidencias que se produzcan durante la asistencia al paciente, así como los resultados y modificaciones del plan de cuidados.
- d. El informe de cuidados de enfermería al alta, donde se recogen los cuidados posteriores al alta para su seguimiento.

Este documento lo cumplimentará el enfermero responsable en cada momento y, al menos, deberá registrarse una anotación por turno de enfermería.

14. La hoja de aplicación terapéutica de enfermería.

Es el documento en el que se registra el seguimiento de la medicación administrada y de las pruebas solicitadas y realizadas al paciente durante su ingreso. Contendrá referencia a la medicación prescrita, anotando las pautas de administración, así como a las alergias.

Esta hoja será cumplimentada por el enfermero que realice la aplicación terapéutica.

15. El gráfico de constantes.

Es el documento donde se recogen los signos vitales obligados en cada paciente, así como los que ocasionalmente sean necesarios de acuerdo con su evolución.

Este documento deberá ser cumplimentado por el personal de enfermería que atienda al paciente en cada momento.

16. El informe clínico de alta hospitalaria.

Es el documento emitido al finalizar cada episodio de hospitalización de un paciente cualquiera que sea el motivo del alta.

El contenido del informe de alta será el señalado en 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 en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984, por la que se regula la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios.

Si no fuese posible emitir un informe definitivo en el momento del alta del paciente, se realizará un informe provisional con la obligación de realizar el definitivo en un plazo no superior a los quince días del alta hospitalaria. Este informe provisional incluirá los datos señalados en el artículo 4 de la Orden anteriormente citada por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta.

17. El informe de necropsia clínica.

Es el documento que recoge las conclusiones del estudio necrótico.

IV. EL PROCEDIMIENTO DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

Referencia a la Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente.

Condiciones de acceso en los supuestos autorizados

El acceso a la historia clínica se producirá para los fines y usos previstos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, con los límites derivados de dicha Ley y de lo dispuesto en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y conforme a las previsiones contenidas en el presente Decreto.

Los centros deberán dejar constancia de todo acceso que se produzca a cada historia clínica de modo que permita tener conocimiento de la persona que accede, la fecha en que se efectúa y su finalidad.

La documentación original de la historia clínica deberá quedar bajo la custodia del centro donde se ha generado, por lo que sólo se facilitará copia de los documentos que figuran en ella, salvo para casos debidamente justificados y para su uso por los profesionales del centro.



El acceso por el personal sanitario y no sanitario

El personal sanitario que de modo directo esté implicado en el diagnóstico y tratamiento del paciente tendrá acceso pleno a la historia clínica. El personal no sanitario sólo podrá acceder a los datos de la historia clínica imprescindibles para realizar las funciones que tiene encomendadas.

Cuando un paciente esté recibiendo asistencia sanitaria en otro centro distinto de aquél en el que se generó la historia clínica, se deberá facilitar copia de ésta cuando sea solicitada por el facultativo responsable de esa asistencia, siempre que cuente con la autorización expresa del paciente, salvo en una situación de urgencia en que éste no pueda prestarla en cuyo caso aquél deberá justificar la necesidad asistencial de uso de esa documentación.

El acceso por el paciente o usuario

La solicitud de acceso a los datos que figuran en la historia clínica por el paciente o usuario se realizará por escrito en el que constarán sus datos identificativos. En el supuesto de que actúe a través de representante, éste deberá estar debidamente acreditado.

Al paciente o usuario no se le facilitará el acceso a aquella información que conste en su historia clínica referida a datos aportados por terceras personas, recogidos en interés terapéutico del propio paciente o usuario, ni las anotaciones subjetivas de los profesionales, salvo que aporte la autorización expresa de esas terceras personas o los profesionales no opongan la reserva de sus anotaciones subjetivas.

El acceso a la historia clínica de un menor

La historia clínica de un menor, cuando tenga dieciséis años cumplidos, no se facilitará al representante legal de éste, salvo que cuente con su autorización expresa o cuando aquél deba completar o sustituir la capacidad del menor en los supuestos contemplados en la normativa vigente.



Los menores que no hayan cumplido dieciséis años, con madurez suficiente a criterio del médico responsable de la asistencia, podrán dejar constancia en la historia clínica de la prohibición del acceso de su representante legal a los datos que constan en ella. En este caso, el representante legal sólo podrá acceder a la información relativa a aquellos procesos asistenciales en los que tenga que completar o sustituir su capacidad.

En el caso de los menores, se entiende que no debe perjudicar al derecho de los padres y tutores, para el cumplimiento de las obligaciones que le corresponden, para que sean informados acerca del estado de salud del menor, con respeto del derecho fundamental de estos últimos a su intimidad en función de su edad, estado afectivo y desarrollo intelectual.

El acceso a la historia clínica del paciente fallecido

Los centros y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite.

El acceso de un tercero a la historia clínica del paciente fallecido motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido.

El acceso a la historia clínica con fines no asistenciales

- Investigación por la autoridad judicial:
Sólo se facilitarán documentos relacionados con el proceso asistencial afectado que deberá especificarse claramente en la petición por regla general.
- Fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia:
Se preservará el anonimato, salvo que el paciente haya consentido expresamente lo contrario. Sólo se facilitará la documentación necesaria para el caso y sólo se podrá utilizar con esos fines.



- Funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación:
Se podrá acceder a los datos necesarios de la historia clínica para el ejercicio de sus funciones.
- Reclamaciones que se presenten ante la Administración sanitaria como consecuencia de una actuación sanitaria:
Se entiende implícita la autorización del paciente para que el personal que intervenga en la tramitación y resolución del citado procedimiento acceda a los datos de la historia clínica relacionados con la reclamación.
- Motivos diferentes al asistencial y a los indicados antes:
El que pretenda acceder deberá contar con la autorización expresa del paciente, salvo en ciertos supuestos (*tras la aprobación de la LO 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la redacción de este apartado del Decreto 101/2005 ha quedado obsoleta, pero hubiera sido así:*
 - o *Cesión autorizada en una ley.*
 - o *Datos recogidos de fuentes accesibles al público.*
 - o *Cuando el tratamiento responda a la aceptación de una relación jurídica que implique la conexión de dicho tratamiento con ficheros de terceros.*
 - o *Cuando el destinatario sea el Defensor del Pueblo, el Ministerio Fiscal o Jueces o Tribunales.*
 - o *Cesión entre Administraciones públicas para fines históricos, estadísticos o científicos.*
 - o *Cuando sea necesaria para solucionar una situación de urgencia.)*

En la actualidad, es en la LO 3/2018 donde encontraremos la información precisa acerca de estos motivos tasados, dado que no constan del mismo modo que en la redacción del año 1999, que es en la que se basa este Decreto.



V. GESTIÓN, CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Competencia

La gestión y custodia de las historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro, que establecerá las medidas de índole técnica y organizativa necesarias que aseguren la confidencialidad de los datos contenidos en ellas.

La gestión de las historias clínicas, se llevará a cabo por el servicio o unidad de admisión y documentación clínica o unidad con funciones análogas. Si no existe este servicio, corresponderá a quien determina la dirección del centro. Este servicio o unidad será el encargado de integrar en el archivo único, manual o automatizado, los diferentes documentos que conforman la historia clínica, así como los datos que permitan su recuperación posterior.

Gestión de las historias clínicas

La dirección del centro deberá garantizar el acceso al archivo por el personal autorizado, cuando exista un motivo asistencial, durante todo el tiempo en que se preste asistencia sanitaria.

En todos los centros existirá un fichero índice de pacientes que deberá ser único, permanente, centralizado e independiente del tipo de asistencia. Deberá contener los datos básicos de identificación de todos los pacientes que como mínimo serán los siguientes:

- a. El número de historia clínica.
- b. El número o código de identificación personal.
- c. El número de afiliación a la Seguridad Social o entidad aseguradora, en su caso, y el régimen de aseguramiento.
- d. El nombre y los apellidos.
- e. La dirección y el teléfono.
- f. El sexo.
- g. El lugar y la fecha de nacimiento.



- h. El documento nacional de identidad o pasaporte.

En los centros donde exista, el servicio de admisión y documentación clínica o unidad con funciones análogas será el responsable de la creación y mantenimiento del fichero índice de pacientes.

Conservación.

La documentación clínica deberá conservarse como mínimo cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial o desde el fallecimiento del paciente.

Transcurridos cinco años podrán destruirse los siguientes documentos cuando no sean trascendentales:

1. La hoja clínico-estadística.
 2. La solicitud y autorización de ingreso.
 3. El informe de urgencia.
 4. Las hojas de órdenes médicas.
 5. Las hojas de interconsulta.
 6. La hoja de evolución y planificación de cuidados de enfermería.
 7. La hoja de aplicación terapéutica de enfermería.
 8. El gráfico de constantes.
 9. La iconografía, los resultados analíticos y los registros electrofisiológicos.
- Asimismo, podrán destruirse, a partir de los cinco años, las hojas de anamnesis y de exploración física y las de evolución, correspondientes a los episodios asistenciales sobre los que exista informe de alta.

Se conservarán de forma indefinida los siguientes documentos:

1. Los informes de exploraciones complementarias.
2. El consentimiento informado.
3. El informe de anestesia.
4. El informe de quirófano o de registro del parto.
5. El informe clínico de alta.
6. Los informes de anatomía patológica y necropsia.



Informatización de la historia clínica

Con el objetivo de avanzar en la configuración de una historia clínica única por paciente en el ámbito del Sistema de Salud de Castilla y León, la Gerencia Regional de Salud realizará las actuaciones necesarias para informatizar la historia clínica y su acceso a toda la información clínica disponible, sin perjuicio de lo dispuesto en la Disposición Adicional Tercera de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Instrucciones previas.

Cuando existan instrucciones previas deberá dejarse constancia en la historia clínica, sin perjuicio de la regulación que la Junta de Castilla y León pueda realizar sobre las fórmulas de registro y el procedimiento adecuado, para que, llegado el caso, se garantice su cumplimiento.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

Hasta aquí llega la regulación del Decreto 101/2005. Es de gran importancia el conocimiento de otros datos relacionados con la historia clínica, y que se reparten en otras materias durante la formación que se imparte en la Facultad de Enfermería.

En particular, el conocimiento del Conjunto Mínimo Básico de Datos, o las Clasificaciones Internacionales de Problemas de Salud (entre otras materias) competen a otras asignaturas y a otras regulaciones legales, de modo que no se aportan con estos materiales.

Para un correcto estudio de la materia, aconsejamos la lectura de la legislación y bibliografía mencionada y relacionada.



4. LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

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.

Esta 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.



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.

II. NORMAS GENERALES

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.

Las profesiones sanitarias se estructuran en los siguientes grupos (para la materia en la que nos queremos centrar):

1. 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 la ley.
2. 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 la ley.

El artículo 7 se dedica a la definición de las funciones de los diplomados sanitarios, diciendo que corresponde, dentro de su ámbito de actuación, 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.

Viene a citar una serie de funciones básicas, que, sin perjuicio de las que de acuerdo con su titulación y competencia específica puedan desarrollar, en efecto, le pertenecen: *“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”*.

No hay que tener en cuenta que se siga utilizando la palabra “Diplomado”, ya que la única razón por la que se sigue considerando así al personal graduado en enfermería es simplemente que no se han modificado los textos de la norma.

Ejercicio en las organizaciones sanitarias

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 ésta y de las demás normas legales que resulten de aplicación.

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.

Estos epígrafes hacen referencia a los casos de incompatibilidad que se dan en la Sanidad Pública. Muchos profesionales deben firmar una cláusula de incompatibilidad por la cual se les conmina a que no ejerzan más que en el centro sanitario en el cual firman dicha cláusula, según lo establecido en la Ley 53/1984,



de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.

Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo

La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.

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.

Investigación y docencia

Toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales.

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.

III. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Son principios rectores de la actuación formativa y docente en el ámbito de las profesiones sanitarias:

1. La colaboración permanente entre los organismos de las Administraciones públicas competentes en materia de educación y de sanidad.



2. 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.
3. La disposición de toda la estructura del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.

De la formación universitaria

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.



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.

Formación especializada en Ciencias de la Salud

La formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial que tiene por objetivo 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.

La obtención del título de especialista requiere:

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, 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 (*en este caso se trata de los Especialistas en Ciencias de la Salud que cuentan con al menos cinco años de ejercicio profesional, y que pueden obtener un título de especialista de la especialidad del tronco en la que posean dicha experiencia, mediante una prueba específica de evaluación de la competencia*).
3. Superar las evaluaciones que se determinen y depositar los derechos de expedición del correspondiente título.



Sistema de formación de especialistas

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.

La formación tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados según los criterios de la Ley.

La formación mediante residencia se atenderá a los siguientes criterios:

1. 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. También será incompatible con cualquier actividad formativa, siempre que ésta se desarrolle dentro de la jornada laboral de la relación laboral especial del residente.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Durante la residencia se establecerá una relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación.



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.

Son objetivos de la formación continuada:

1. 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.
2. 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.
3. Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.
4. 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.
5. Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

Del desarrollo profesional y su reconocimiento

Los artículos 37 a 39 hablan específicamente de los grados profesionales, reconocimiento de desarrollo profesional consistente en el reconocimiento público, expreso e individualizado, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario 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 prestan sus servicios.



Las administraciones sanitarias regulan el reconocimiento según una serie de principios especificados en la Ley (lectura personal).

Ejercicio privado de las profesiones sanitarias

En el ámbito de la sanidad privada, los profesionales sanitarios podrán ejercer su actividad por cuenta propia o ajena. Es decir, de manera autónoma, o contratados por un empleador privado.

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.

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. 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.

En el caso de los profesionales por cuenta propia, 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.

Tanto en el caso de los profesionales por cuenta propia como por cuenta ajena, y en relación con estos, los centros sanitarios y las entidades de seguros que



operen el ramo de enfermedad de estos profesionales, establecerán y mantendrán actualizado un registro de los profesionales sanitarios con los que mantengan contratos de prestación de servicios por cuenta propia o ajena.

Es decir, que debe existir un registro de los profesionales sanitarios que ejercen su profesión mediante un ejercicio privado y deben respetar íntegramente los textos relacionados con la ordenación de las profesiones sanitarias y todas las disposiciones comunes en materia de sanidad.

Relación laboral especial de residencia

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 la 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.

El Gobierno, mediante el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, reguló esta relación laboral.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

Para un correcto estudio de la materia, aconsejamos la lectura de la legislación y bibliografía mencionada y relacionada.



5. LEY 2/2007 DEL ESTATUTO JURÍDICO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE CASTILLA Y LEÓN

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS Y MARCO LEGAL

La Ley General de Sanidad dispuso que en los Servicios de Salud se integraran los diferentes servicios sanitarios públicos del respectivo ámbito territorial. En el marco de este modelo sanitario, por disposición expresa de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, la Comunidad constituyó el Sistema de Salud de Castilla y León.

El Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, llevó a la integración con las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas el régimen jurídico de su personal.

Tal objetivo se cumple a través del establecimiento de las normas básicas relativas a este personal y mediante la aprobación de su Estatuto Marco a través de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, todo ello conforme a las previsiones del artículo 149.1.18.^a de la Constitución Española que habilita para el desarrollo de la normativa básica por la Comunidad de Castilla y León en el ámbito de sus



competencias (en particular, las de las normas aplicables al personal estatutario de cada Servicio de Salud).

II. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta Ley busca desarrollar las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario, contenidas en la Ley 55/2003 (Estatuto Marco), en la Comunidad de Castilla y León. Además, será de aplicación al personal estatutario que desempeña sus funciones en centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León. Siendo una regulación específica, si algo no se prevé en esta Ley, normas, pactos o acuerdos que la desarrollen o normativa básica estatal, se aplican las disposiciones sobre función pública de Castilla y León.

La aplicación se llevará a cabo cuando concurren las siguientes características:

- Que el personal sanitario funcionario y personal sanitario laboral preste servicios en centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León.
- Siempre que no se oponga a su normativa específica de aplicación.
- Según se prevea en las disposiciones aplicables al personal funcionario o los convenios colectivos aplicables al personal laboral. *Ejemplo: la regulación particular del personal de alta dirección está excluida, y apareció inicialmente en el Real Decreto 1382/1985 por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección y posteriormente en el Estatuto Básico del Empleado Público.*

III. DERECHOS Y DEBERES.

Importante lectura para conocer los derechos individuales y colectivos del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, así como los deberes (artículos 8, 9 y 10).



IV. CLASIFICACIÓN DE PERSONAL

El personal estatutario se clasifica atendiendo a la función desarrollada, al nivel del título exigido para el ingreso y al tipo de nombramiento.

Según la función que desarrolla, se clasifica en:

1. Personal estatutario sanitario: ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria.
2. Personal estatutario de gestión y servicios: nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario.

En función del nivel académico del título exigido para el ingreso:

1. Personal estatutario sanitario.
 - a. Personal de formación universitaria: exija una titulación universitaria concreta, o acompañada de un título de especialista. *Hay que tener en cuenta que la norma no ha tenido en cuenta las modificaciones en materia académica que se realizaron con la entrada en vigor del Plan Bolonia, así que se ha mantenido igual que estaba.* Este personal se divide en:
 - i. Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud.
 - ii. Licenciados sanitarios.
 - iii. Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.
 - iv. Diplomados Sanitarios.
 - b. Personal de formación profesional: quienes tienen la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de profesiones o actividades profesionales sanitarias, que exijan un título concreto de formación profesional. Este personal se divide en:



- i. Técnicos Superiores.
 - ii. Técnicos.
2. Personal estatutario de gestión y servicios.
- a. Personal de formación universitaria.
 - b. Personal de formación profesional.
 - 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.

Atendiendo al tipo de nombramiento, en personal estatutario fijo y personal estatutario temporal.

1. 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.

2. Personal estatutario temporal.

Pueden ser nombrados por razones de necesidad, urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, el Servicio de Salud de Castilla y León podrá nombrar personal estatutario temporal, que a su vez podrá ser:

- a. *Personal estatutario interino*: Desempeño de una plaza vacante en instituciones sanitarias dependientes del Servicio de Salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones.
- b. *Personal estatutario eventual*, en los siguientes supuestos:
 - i. Cuando se trate de la prestación de determinados servicios de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.



- ii. Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros e instituciones sanitarias.
 - iii. Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.
- c. *Personal estatutario sustituto*: cuando resulte necesario atender las funciones de personal estatutario fijo o temporal durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten reserva de plaza.

Categorías profesionales

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, se establecen las categorías profesionales del Servicio de Salud de Castilla y León que se recogen en el Anexo de la Ley (lectura personal).

V. SELECCIÓN Y PROVISIÓN DE PLAZAS

Oferta de empleo público para personal estatutario

Las necesidades de recursos humanos con asignación presupuestaria, que no puedan ser cubiertas con los efectivos de personal estatutario existentes, serán objeto de oferta de empleo público. Esta oferta de empleo público será aprobada por la Junta de Castilla y León y será publicada en el «Boletín Oficial de Castilla y León», donde se determinará, al menos, el número de plazas que son de oferta y su distribución por categorías.

Selección de personal estatutario fijo.

Se busca la garantía de los principios constitucionales de acceso a la función pública de **igualdad, mérito y capacidad, así como al de libre concurrencia**, la selección del personal estatutario fijo se realizará con carácter general a través del **sistema de concurso-oposición**, que será publicado en el BOCASTILLA Y LEÓN. En la convocatoria correspondiente se especifican los criterios o



puntuaciones para la superación tanto del concurso como de la oposición, así como los baremos específicos de los méritos, que suelen tener en cuenta la experiencia profesional, la formación académica complementaria, la tarea de investigación, actividades científicas o la docencia.

- **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.

- **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.

- **Convocatorias**

Se publica la oferta y el Consejero competente efectúa las convocatorias de las pruebas selectivas. Estas convocatorias se publican también en el BOCASTILLA Y LEÓN, y sus bases vinculan a la Administración, a los órganos de selección y a los participantes. *La publicación deberá contener, según el artículo 30.4 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud:*

- Número y características de las plazas.
- Condiciones y requisitos que deben reunir los aspirantes.
- Plazo de presentación de solicitudes.
- Contenido de las pruebas.
- Baremos y programas aplicables.
- Sistema de calificación.

Y además, deberá contener:

- a. Orden de actuación de los aspirantes.



- b. Nombramiento y composición del órgano de selección.
- c. Calendario para la realización de las pruebas y plazo de duración del proceso selectivo.
- d. Previsión del plazo mínimo que debe transcurrir desde la total conclusión de una prueba o ejercicio hasta el comienzo del siguiente.
- e. Mención expresa de que no se podrá declarar que ha superado el proceso selectivo un número de aspirantes superior al de plazas convocadas.
- f. Modelo de solicitud y documentación requerida, si procede, así como los lugares, centros o dependencias donde puedan presentarse en el plazo que se establezca.
- g. Plazo para presentar las solicitudes, que habrá de ser, como mínimo, de veinte días naturales a contar desde el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».
- h. Determinación, en su caso, de las características y duración del período formativo o de prácticas, con indicación de si tiene o no carácter eliminatorio.
- i. Posibilidad de la integración en la bolsa de empleo conforme se establezca reglamentariamente.

El proceso selectivo deberá resolverse en el plazo que se determine en la convocatoria. Dicho plazo no podrá exceder de ocho meses, *no computándose a tal efecto el período de prácticas y/o los cursos selectivos de formación* (si los hubiere). Los solicitantes podrán entender desestimadas sus peticiones transcurrido el tiempo máximo establecido sin que recaiga resolución expresa (a esto en concreto se le denomina *silencio administrativo negativo*).

En la mayoría de los casos, se accede a las grandes convocatorias de empleo mediante el denominado turno libre. A este grupo pertenecen la mayor cantidad de plazas, y hace referencia a todas aquellas personas que quieren acceder a una plaza en la Administración sin tener ya una plaza dentro de la Administración Pública.



Otro de los grupos convocados es el de promoción interna. En este caso, el personal estatutario fijo con destino en el Servicio de Salud de CASTILLA Y LEÓN puede acceder mediante promoción interna 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.

Finalmente, existe una especialidad en los procedimientos de concurso oposición para las personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Las ofertas de empleo público reservan un porcentaje para las personas con determinados tipos de discapacidad, en este caso, no más de un cinco por ciento, o el porcentaje que se encuentre vigente para la Administración de CASTILLA Y LEÓN. Estas discapacidades hacen referencia a todas aquellas que sean compatibles con el tipo de proceso al que se presentan, de modo que se exige que posean la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del nombramiento.

Por regla general, las vacantes que no se cubren por aspirantes de este turno se acumulan al turno libre, y al finalizar el proceso, la relación de plazas obtenidas es única, en una sola lista, y se incluye a todos los aspirantes que hayan superado el proceso selectivo ordenados por la puntuación, con independencia del turno por el que hayan participado.

Requisitos de los participantes

Para poder participar en los procesos de selección de personal estatutario fijo, será necesario reunir los siguientes requisitos a la fecha de finalización del plazo de presentación de solicitudes y mantenerlos durante todo el proceso:

- Poseer la nacionalidad española o la de un Estado miembro de la UE u ostentar el derecho a la libre circulación de trabajadores conforme al Tratado de la Unión Europea o a otros Tratados ratificados por España.
- Estar en posesión de la titulación exigida o en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes.



- Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones.
- Tener cumplidos dieciocho años y no exceder de la edad de jubilación forzosa.
- 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.
- En el caso de los nacionales de otros Estados mencionados en la letra a) del presente artículo, 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.

Desarrollo de los procesos selectivos

La mayor parte de la regulación de los procesos selectivos aparece en el Decreto 8/2011, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de selección y determinadas formas de provisión de plazas y puestos de trabajo de personal estatutario en centros e instituciones sanitarias dependientes de la Gerencia Regional de Salud.

En la Ley 2/2007 se menciona específicamente la adjudicación de destinos y nombramientos, estipulando que, una vez finalizado el proceso selectivo, las plazas se adjudican entre los aspirantes que figuren como aprobados, según el orden de puntuación obtenida en el conjunto de las pruebas.

Posteriormente, el Consejero dicta Orden para que se acuerde el nombramiento de las personas seleccionadas, indicando plaza y ámbito que les corresponde y se publica en el Boletín Oficial de Castilla y León. El plazo para tomar posesión de destino es un mes contado a partir del día siguiente al de la publicación de la



Orden. Si no se incorporan y no hay causa de fuerza mayor o imposibilidad apreciada, se pierden los derechos derivados de su participación en el proceso selectivo.

Selección de personal estatutario temporal

La selección de personal estatutario temporal se realiza a través de procedimientos establecidos reglamentariamente, previa negociación de la Mesa Sectorial del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias Públicas. Con carácter general, esta selección se lleva a cabo mediante la constitución de bolsas de empleo con los aspirantes de los procesos selectivos convocados en desarrollo de las correspondientes ofertas de empleo público. Desde el año 2016 existe un procedimiento de constitución de bolsas abierta y permanente en SACYL, independiente de los procesos selectivos, lo que se constituye por convocatorias específicas.

El personal estatutario debe reunir los mismos requisitos que los estipulados para el acceso a la condición de personal estatutario fijo.

Provisión de plazas

La provisión de plazas es un procedimiento administrativo que tiene por finalidad la cobertura de una serie de puestos de trabajo vacantes (artículos 35 y siguientes). Existen una serie de sistemas de provisión estipulados en la ley, que se dividen en:

- Concurso de traslados. Es el procedimiento más frecuente para la movilidad de trabajadores que ya ocupan puestos (no directivos).
- Libre designación. Es el procedimiento de provisión de los cargos directivos.
- Movilidad voluntaria (y forzosa).
- Movilidad por razón de violencia de género.
- Movilidad por razón de violencia terrorista.
- Movilidad de carácter voluntario.



Concurso de traslados

El concurso de traslados constituye el procedimiento normal de provisión de las plazas vacantes de cada categoría y especialidad, *así como, en su caso, del mismo nivel asistencial*, en el ámbito de los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León.

La participación en estos procedimientos se efectuará con las mismas condiciones y requisitos que el personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

El personal estatutario que desempeñe plaza en adscripción provisional en el Servicio de Salud de Castilla y León estará obligado a participar en los concursos de traslados, conforme se determine reglamentariamente, dada su condición de no poseedores de una plaza concreta.

El periodo mínimo que ha de pasar el personal que obtenga plaza mediante concurso de traslados es de dos años antes de poder participar en un nuevo concurso (salvo supuestos).

Todas las plazas objeto de convocatoria serán objeto de publicación de manera que quede garantizado el conocimiento por todos los trabajadores. Las plazas objeto de concurso serán las que se encuentren vacantes en una determinada fecha, que vendrá definida en la respectiva convocatoria, en función del número y periodicidad de las resoluciones anuales que en ella se establezcan.

Igual que en lo relativo a los procesos selectivos, la mayor parte de la regulación aparece en el Decreto 8/2011, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de selección y determinadas formas de provisión de plazas y puestos de trabajo de personal estatutario en centros e instituciones sanitarias dependientes de la Gerencia Regional de Salud, de manera que el texto de la Ley 2/2007 contiene unos mínimos que se deben cumplir en la convocatoria,



como qué plazas se excluyen de la provisión, la obligatoriedad de publicación en el Boletín Oficial de Castilla y León, o el contenido de la convocatoria.

Libre designación

Se proveerán por el procedimiento de libre designación los puestos de trabajo de carácter directivo y los puestos de trabajo de Jefe de Servicio y Jefe de Unidad, conforme se determine en las correspondientes plantillas orgánicas.

Requisitos para participar en el procedimiento de provisión de libre designación (deben reunirse antes de la fecha de finalización del plazo de presentación de solicitudes y no deben perderse en ningún momento del procedimiento):

- Jefe de servicio y Jefe de unidad:
 - o Ostentar la condición de personal estatutario fijo del Sistema Nacional de Salud, funcionario de carrera de cualquier Administración Pública, o personal laboral fijo de la Administración Pública de Castilla y León.
 - o Pertenecer a la categoría y ostentar la titulación y especialidad que se requiera.
- Puestos de trabajo de carácter directivo:
 - o Ostentar la condición de personal estatutario fijo del Sistema Nacional de Salud, funcionario de carrera de cualquier Administración Pública, o personal laboral fijo de la Administración Pública de Castilla y León.
 - o Cumplir los requisitos de grupo de clasificación, categoría, cuerpo o escala, titulación si se requiere y otros requisitos según la convocatoria.

Existe una especialidad, ya que, a pesar de que se piden estos requisitos con carácter general, las convocatorias también pueden estar abiertas a personal que no reúna los requisitos establecidos y ya mencionados, y será debidamente justificado en la convocatoria. En estos casos, la provisión se efectúa conforme al régimen laboral especial de alta dirección.



Como en todos los casos de adjudicación de plazas, tanto la convocatoria como todas las resoluciones relacionadas deben hacerse públicas en el Boletín Oficial de Castilla y León.

Otras formas de provisión.

- *Reasignación con motivo de planes de ordenación de recursos humanos.*
Si existen plazas que sean objeto de supresión, el personal estatutario podrá ser destinado a plazas de la misma categoría mediante este procedimiento. La plaza a la que acceden se desempeña con el mismo carácter que la plaza de origen. Si la reasignación tiene carácter forzoso, el interesado tiene derecho preferente a la obtención de destino en su centro o institución de origen. En el caso en que no puedan reasignarse al menos a su mismo Área de salud y localidad, tendrá derecho a las indemnizaciones que se estipulen en el Plan de Ordenación.
Casos en los que se llevan a cabo: cierre de centros, extinción de categorías laborales, etc.

- *Traslado por razón de servicio.*
El Servicio de Salud de Castilla y León podrá destinar al personal estatutario, previa resolución motivada y con las garantías que en cada caso se dispongan, a centros o unidades ubicadas fuera del ámbito previsto en su nombramiento, de conformidad con las normas o los planes de ordenación de recursos humanos, negociados en la Mesa Sectorial.
Este tipo de traslados se han venido llevando a cabo en los casos en los que un centro se desdobra o se traslada (Hospital Río Hortega, Centros de Salud desdoblados, etc.).

- *Traslado por razón de violencia de género.*
El personal estatutario víctima de violencia sobre la mujer que se vea obligado a abandonar la plaza o el puesto de trabajo en la localidad donde viniera prestando servicios, para hacer efectiva su protección o su



derecho a una asistencia social integral, tendrá derecho preferente a ocupar otra plaza o puesto de trabajo de análogas características que se encuentre vacante y cuya provisión sea necesaria. Esta situación se reconoce con la orden de protección a favor de la víctima, y de modo excepcional, mediante el informe del Ministerio Fiscal.

- *Traslado por causa de salud.*

Criterios:

- Acreditación de la existencia de riesgos para la salud del trabajador.
- Que no exista una plaza vacante de la misma categoría adecuada a su estado en el mismo centro o institución sanitaria.
- Que exista plaza de la misma categoría en otro centro de la misma o distinta localidad, adecuada al estado de salud.

Si no existe un puesto compatible, el traslado puede realizarse a un puesto de inferior categoría, siempre que se reúnan los requisitos de titulación exigibles y el trabajador acceda.

También puede concederse el traslado por razones de salud del cónyuge o de hijos a su cargo, siempre que se acredite mediante informe de la institución sanitaria pública correspondiente.

- *Traslado por causa de acoso laboral.*

Previsto para víctimas acreditadas de acoso laboral, en los términos en que la presente Ley define esta conducta, en materia disciplinaria, de acuerdo con los requisitos, procedimiento y garantías que se determinen reglamentariamente.

- *Promoción interna temporal.*

Por necesidades de servicio y con ocasión de vacante o ausencia del titular con derecho a reserva de puesto, el personal estatutario fijo con nombramiento en propiedad en la misma Gerencia podrá desempeñar temporalmente y con carácter voluntario una plaza de otra categoría del



mismo nivel de titulación o de un nivel superior, siempre que ostente la titulación correspondiente.

Durante el tiempo en que realice funciones en situación de promoción interna temporal, el interesado se mantendrá en servicio activo en su categoría de origen, percibiendo las retribuciones correspondientes a las funciones efectivamente desempeñadas, con excepción de los trienios, que serán los correspondientes a su nombramiento original. *Por ejemplo, el caso en que un TCAE que ostenta una plaza, pero tiene una titulación como Graduado en Enfermería, promociona de manera temporal para cubrir una plaza de Enfermero mientras el titular desempeña sus funciones como Supervisor de Enfermería de una unidad concreta.*

- *Comisión de servicios.*

Por necesidades de servicio, 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 fijo de la correspondiente categoría y especialidad.

El personal en comisión de servicios mantendrá la situación de servicio activo y la reserva de su plaza de origen.

La comisión de servicios finalizará cuando desaparezca la causa que la motivó, cuando la plaza o puesto sea provisto definitivamente, por renuncia del comisionado, por revocación de la comisión o por agotamiento del período para el que fue concedida. El período máximo de duración de una comisión de servicios en plaza vacante no podrá superar los dos años.

Por ejemplo, el caso de un enfermero que ostenta un cargo público incompatible o un cargo de representación sindical y su plaza queda temporalmente desatendida.

Existen otros modos de provisión de plazas, como las atribuciones temporales de funciones, adscripción provisional, o movilidades voluntarias en los centros e



instituciones sanitarias, con sus especificaciones en función de la Ley y el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

VI. ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICION DE PERSONAL ESTAUTARIO FIJO

Adquisición de la condición de personal estatutario fijo.

La condición de personal estatutario fijo se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:

- Superación del proceso selectivo.
- Nombramiento conferido por el órgano competente.
- Juramento o promesa de cumplir fielmente las obligaciones del cargo y acatar la Constitución, el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y las leyes, en el ejercicio de las funciones que le estén atribuidas.
- Toma de posesión, dentro del plazo que se establezca, de la plaza para la que haya sido nombrado, que se encontrará adscrita a una determinada Área de Salud.

Pérdida de la condición de personal estatutario.

En el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud aparecen definidas las condiciones de la pérdida de la condición, de manera que el texto de la Ley 2/2007 envía a su lectura para conocer los detalles.

Son causas de extinción de la condición de personal estatutario fijo:

- La renuncia.
- La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento.
- La sanción disciplinaria firme de separación del servicio.
- 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.



- La jubilación (salvo en el supuesto de prolongación de permanencia en el servicio por jubilación parcial).
- 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.

La jubilación

La jubilación puede ser forzosa o voluntaria.

- La jubilación forzosa se declarará al cumplir el interesado la edad de sesenta y cinco años. El Servicio de Salud de Castilla y León solamente podrá autorizar la prolongación voluntaria en el servicio activo, hasta cumplir los setenta años de edad, cuando los Planes de Ordenación de Recursos Humanos contemplen esta necesidad.
- La jubilación voluntaria se establece según la legislación de la Seguridad Social, y se establece en los Planes de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio de Salud de Castilla y León, que también indica cuáles serán los mecanismos para poder acogerse a ella, tanto de manera total como parcial.

Casos especiales.

- Prolongación del servicio:

El personal estatutario podrá solicitar voluntariamente, *antes de la fecha de cumplimiento de la edad de jubilación forzosa* y en los términos que se establezcan en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos, *la prolongación de su permanencia en servicio activo hasta cumplir, como máximo, los setenta años de edad*, siempre que quede acreditado, en la forma que se determine en un Plan de Ordenación de Recursos Humanos, que mantiene la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento.



La prolongación de la permanencia en servicio activo será autorizada por los órganos competentes del Servicio de Salud de Castilla y León, de acuerdo con el Plan de Ordenación de Recursos Humanos, y se concederá por un año, pudiendo renovarse anualmente hasta que se cumplan los setenta años.

No obstante, habrá de estarse a lo determinado para la jubilación en el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud y de acuerdo con el Plan de Ordenación de Recursos Humanos.

La prolongación de la permanencia en el servicio activo podrá solicitarse a tiempo parcial, en el supuesto de que el interesado opte por una jubilación parcial.

- Prórroga en el servicio activo:

El personal estatutario podrá solicitar la prórroga en el servicio activo cuando, en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, le queden seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación.



6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Guía de consentimiento Informado.
2. Sánchez Caro, J. Abellán, F. *Enfermería y paciente. Cuestiones prácticas de Bioética y Derecho Sanitario*. Editorial Comares. Granada. 2007.
3. Gascón Abellán, M. González Carrasco, MC. Cantero Martínez, J. *Derecho sanitario y bioética. Cuestiones actuales*. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia. 2011.
4. Andorno, R. Ivone, V. *Casos de bioética y derecho*. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia. 2015.
5. Casado, M. (Comp.). *Estudios de bioética y derecho*. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia. 2000.
6. Casado, M. López Baroni, M.J. *Manual de bioética laica (I). Cuestiones clave*. Editorial Publicacions de la Universitat de Barcelona. 2018.
7. 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.
8. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.



9. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.
10. Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplantes de órganos.
11. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
12. Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplantes de órganos.
13. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
14. Castilla y León. Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas de Castilla y León.
15. Castilla y León. Decreto 119/2004, de 25 de noviembre, por el que se regulan los criterios de utilización de habitación de uso individual en los centros hospitalarios del Sistema de Salud de Castilla y León o concertados con éste.
16. Castilla y León. Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de Atención Especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León.
17. Castilla y León. Decreto 101/2005, de 22 de noviembre, por el que se regula la historia clínica.
18. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
19. Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo al Tratamiento de datos personales y su libre circulación.
20. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
21. Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.
22. Castilla y León. Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario de Castilla y León.



23. Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección y posteriormente en el Estatuto Básico del Empleado Público.
24. Decreto 8/2011, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de selección y determinadas formas de provisión de plazas y puestos de trabajo de personal estatutario en centros e instituciones sanitarias dependientes de la Gerencia Regional de Salud.
25. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
26. Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, de lo contencioso-administrativo, sección 6ª, 21 diciembre 2006, recurso 4672/2002.
27. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, de 1 de marzo de 2018 (STSJ CV 1265/2018).
28. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 6 de abril de 2017 (STSJ Madrid 4168/2017).
29. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 9 de diciembre de 2016 (STSJ AND 9430/2016).
30. Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, de lo Contencioso-administrativo, sección 4ª, Sentencia de 28 febrero 2012, recurso 5185/2012.



EDICIONES
Universidad
de
Valladolid



**Facultad de
Enfermería**
Universidad de Valladolid