ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA
adscrita a la Universitat de Barcelona
FUNDACIÓ C.E.P.B.
BIBLIOTECA

11. ANEXOS

R. 9056

UNIVERSITAT DE BARCELONA
Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació
Biblioteca de Bellvitge

ÍNDICE DE ANEXOS

1. DOCUMENTO "LOS DERECHOS DEL ENFERMO-USUARIO DEL HOSPITAL.

2. DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT núm.1477. Decret 10 de Juliol de 1991.

3. BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO núm.102.Ley 14/1986.

4. CUESTIONARIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

5. CUESTIONARIO DEL ENFERMO-USUARIO INGRESADO EN EL HOSPITAL.

6. PLANTILLA BASE DE DATOS.

7. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

8. ESTADÍSTICA

1. DOCUMENTO LOS DERECHOS DEL ENFERMO - USUARIO DEL HOSPITAL.

DRETS DEL MALALT
USUARI DE L'HOSPITAL

Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

El Departament agraeix la col·laboració en l'execució d'aquest treball a les persones següents:

Francesc Abel, Director de l'Institut Borja, de Bioètica de Sant Cugat del Vallès; Carme Campanera i Martorell, infermera. Servei de Programació Funcional i Coordinació, Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya; Júlia Martínez i Mundet, administrativa. Secretària diocesana de la Fraternitat Cristiana de Malalts i Minusvàlids (FRATER); M.ª Àngels Molera i Porcar, advocada. Servei d'Assessoria Jurídica de l'Institut Català de la Salut; M.ª Virtuts Pacheco i Galvan, administrativa. Cap del Servei de Suggeriments i Reclamacions de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona; J. Lluís Redrado i Marchite, Coordinador Interdiocesà de Pastoral Sanitària. Hospital de Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat; Carme Serarols, educadora d'ensenyança especial. Membre de la Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (C.U.S.); Francesc Sola i Pagola, membre de la Unió Catalano-Balear d'Hospitals; Lídia Subirats, membre de la Fraternitat Cristiana de Malalts i Minusvàlids (FRATER); Joan Maria Vendrell, membre de la Fraternitat Cristiana de Malalts i Minusvàlids (FRATER).

Coordinador del grup de treball.

Santiago Ferràndiz i Santiveri, metge. Cap del Servei d'Avaluació i Inspecció. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Producció i impressió.
CYAN, Edicions i Creacions Gràfiques, S.A.
Dipòsit legal B. 1.337-1987

PRESENTACIÓ

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, en la seva Ordre d'Acreditació de Centres i Serveis Assistencials a Catalunya de 25 d'abril de 1983, ja establia, com a norma d'obligat compliment per als hospitals que volguessin assolir l'acreditació, el lliurament d'una carta de drets i deures al malalt en el moment del seu ingrés. Drets i deures que estan especificats en l'esmentada Ordre d'Acreditació.

Aquest era només un primer pas i, tenint present això, quan l'Ordre va ser publicada es creà un grup d'experts, l'actuació del qual ha donat com a resultat aquest document.
Les directrius principals d'aquest treball han estat dues: Definir els drets dels malalts usuaris dels hospitals i glossar cadascun dels drets enunciats, mirant de trobar una interpretació fàcil i objectiva, tot comentant els possibles problemes d'ordre pràctic, derivats de l'aplicació d'aquests drets. Com a fonts documentals, han estat revisades les diverses cartes de drets publicades i l'extensa bibliografia que el tema ha produït arreu del món. Finalment s'ha tingut en compte l'opinió de persones alienes al grup, que són representatives de diverses entitats i estaments socials.

El propòsit del Departament de Sanitat i Seguretat Social és que aquest document constitueixi una eina de reflexió i estudi, tant per als usuaris com per als treballadors sanitaris, amb vista a la seva aplicació. Interessa molt més això que establir una plataforma reivindicativa, ja que estem convençuts que la via de la mútua comprensió i, sobretot, la solidaritat amb el malalt, són les millors garanties de convivència a l'hospital.

Amb la publicació dels drets del malalt, es pretén afavorir al màxim la relació de l'usuari amb els centres hospitalaris. El treball ha estat elaborat amb la idea clau que tots som

usuaris potencials, fugint de la falsa dialèctica malalt institució sanitària.

Aquest vol ser un treball obert i la seva evolució dependrà de l'experiència de la seva aplicació, de les necessitats de la societat i dels suggeriments i les propostes que es facin.

Josep Laporte i Salas
Conseller de Sanitat i Seguretat Social

INTRODUCCIÓ

Els drets del malalt són una part dels drets humans. La condició de malalt no rebaixa la dignitat de la persona humana, subjecte de drets universals inviolables i inalienables, sinó que la remarca per la condició d'ésser humà que, a la solidaritat social corresponent, afegeix la d'un subjecte afeblit psíquicament i corporal.

Dins del context hospitalari, els drets del malalt, sense perdre les característiques esmentades, adquireixen algunes particularitats. El malalt es troba immers en un ambient que li és estrany, i està envoltat d'un personal altament especialitzat. Això comporta el risc que la responsabilitat vers el malalt es trobi sovint excessivament atomitzada. El pacient té molts interlocutors, però aquests sols li resolen aspectes molt parcials i d'una manera excessivament tècnica, mancant-li, de vegades, una visió globalitzada del seu estat.

Justament per això, a l'hospital, la informació completa i continuada té un relleu molt especial com a ajut per a l'adaptació del malalt a un mitjà aliè. Gràcies a aquesta informació, el malalt pot ser part activa de l'equip assistencial. En les decisions que es prenguin, el malalt ha de tenir una part activa i a ell li pertoca dir d'última paraula, un cop ben informat, sobre el camí a seguir encara que segons els criteris de l'equip assistencial no sigui el millor des de la perspectiva estrictament tècnica.

Tot dret dóna lloc a unes obligacions o deures i d'això tampoc se n'ha de lliurar el malalt. Però, si en aquest treball es recullen especialment els drets dels malalts és degut al fet que aquests es troben en un àmbit estrany que els crea una minusvàlua física i/o anímica, situant-los en inferioritat de

condicions davant d'una organització i unes persones que tenen, en la institució hospitalària, el seu lloc de treball habitual. En tot cas, sembla millor incloure els deures més evidents del malalt usuari de l'hospital dins dels drets corresponents.

RELACIÓ DELS DRETS

1 Rebre una assistència sanitària que posi al servei de la persona tots els recursos tècnics i humans en funció de la seva malaltia i de les possibilitats del centre, sense discriminació per raó d'edat, sexe raça, ideologia, religió i condició sòcio-econòmica.

2 Ser atès amb agilitat per tal que els tràmits burocràtics no retardin l'assistència al malalt o el seu ingrés.

3 Ser tractat, per part de tot el personal del centre, amb respecte envers la seva dignitat humana.

4 Ser tractat amb respecte pel que fa a la seva intimitat personal.

5 Ser tractat amb respecte i reconeixement quant a les seves conviccions religioses i filosòfiques.

6 Continuar mantenint la relació amb els seus familiars i amics i la comunicació amb l'exterior.

7 Rebre informació comprensible, suficient i continuada:

7.1. Rebre informació general del centre:
- a) Serveis de què disposa l'Hospital.
- b) Normativa del centre.
- c) Nom del metge responsable.
- d) Nom de la infermera o infermer.
- e) Identificació del personal.
- f) Informació econòmica.
- g) Vies per obtenir informacions complementàries.
- h) Vies per aportar suggeriments o fer reclamacions.

7.2. Rebre informació del metge responsable, sobre els aspectes mèdics:
- a) Motiu del seu ingrés.
- b) Riscs probables que pot oferir tota prestació de diagnòstic o tractament.
- c) Explicació detallada, abans que se'l pugui incloure en algun tipus d'estudi o d'investigació científica.
- d) Lliurament d'un informe escrit.

8 Disposar d'una història clínica i tenir-hi accés.
8.1. Disposar d'una història clínica.
8.2. Tenir accés a la història clínica.
8.3. Disposar dels resultats de les exploracions i proves diagnòstiques realitzades durant l'estada a l'hospital, per tal que mai no es repeteixi una prova diagnòstica ja efectuada només pel fet de no disposar de la informació corresponent.

9 Mantenir el secret sobre la seva malaltia i sobre les dades de la història clínica.

10 Donar el seu consentiment escrit per a tractaments mèdics o quirúrgics, procediments i proves diagnòstiques menys habituals i per a estudis d'experimentació clínica.

11 Ser valorada la seva situació familiar i social.

12 Ser informat degudament quan sigui necessari traslladar-lo a un altre centre i en aquest cas ser traslladat adequadament.

13 Optar per abandonar l'hospital en qualsevol moment.

14 Morir amb dignitat.

15 Conèixer els seus drets, que aquests siguin àmpliament divulgats entre els malalts i el personal de l'hospital i que siguin respectats.

16 Presentar suggeriments i reclamacions sobre el funcionament de l'hospital i que aquests siguin estudiats i contestats.

COMENTARI DELS DRETS

Tota persona que faci ús dels serveis sanitaris d'un centre hospitalari té dret a:

1 Rebre una assistència sanitària que posi al servei de la persona tots els recursos tècnics i humans en funció de la seva malaltia i de les possibilitats del centre, sense discriminació per raó d'edat, sexe, raça, ideologia, religió i condició sòcio-econòmica.

Les condicions físiques i arquitectòniques del centre permetran que sigui accessible a qualsevol tipus de malalt que ho necessiti.

2 Ser atès amb agilitat per tal que els tràmits burocràtics no retardin l'assistència al malalt o el seu ingrés, i que la seva estada a l'hospital sigui al més breu possible i no es vegi allargada per motius aliens a la seva malaltia.

3

Ser tractat, per part de tot el personal del centre, amb respecte envers la seva dignitat humana.

El personal del centre haurà de fugir de familiaritats innecessàries i no desitjades, procurant al malalt un tracte personalitzat.

S'evitaran comentaris i converses, en la seva presència, que puguin alterar la seva tranquil·litat o que no siguin estrictament necessàries si ell no hi participa, independentment de quin sigui el seu estat de consciència. S'evitaran també, davant del malalt, comentaris respecte d'altres malalts o dels treballadors sanitaris fora del cas en què siguin estrictament necessaris.

Els malalts, acompanyants i visitants, per la seva part, han de respectar el personal del centre i facilitar el seu treball. Tots, malalts, acompanyants, visitants, i personal, han de protegir el descans dels malalts evitant sorolls innecessaris de tota mena.

4

Ser tractat amb respecte pel que fa a la seva intimitat personal.

Els centres hauran de disposar d'una estructura fixa o mòbil, com ara habitacions individuals, llocs de recolliment, cortines o mampares, etc., que permeti el màxim aïllament del malalt, d'acord amb les seves necessitats. Cal tenir en compte així mateix l'edat i la gravetat dels que comparteixen la mateixa habitació.

L'hospital tindrà establerts els sistemes adients per a la custòdia dels objectes personals de valor quan el malalt, per raons del seu estat, no es pugui fer càrrec dels mateixos. Tret dels casos d'urgència, el malalt evitarà portar a l'hospital objectes de valor en ingressar-hi.

El malalt podrà sol·licitar estar sol, o amb la persona que ell desitgi, quan sigui explorat o visitat pel seu metge, o bé en rebre les atencions d'infermeria. També podrà parlar amb el personal administratiu en privat.

Haurà de considerar, però, que qualsevol hospital, i sobretot si és de caire docent o universitari, és un lloc de formació i la seva col·laboració és imprescindible en aquest aspecte.

DRETS DEL MALALT USUARI DE L'HOSPITAL

5

Ser tractat amb respecte i reconeixement quant a les seves condicions religioses i filosòfiques.

Aquest dret comprèn el respecte i el reconeixement pel que fa a les seves conviccions religioses i filosòfiques i també quant a les conseqüències pràctiques que se'n derivin, és a dir: assistència espiritual i religiosa, en les millors condicions possibles, respectuosa i lliure de coacció.

L'assistència religiosa als malalts forma part de l'assistència integral. Els centres sanitaris han de procurar aquest tipus d'assistència aportant els mitjans que facilitin el compliment i la satisfacció de les necessitats i els deures religiosos del malalt d'acord amb les seves creences i la seva voluntat, si més no mantenint fàcil l'accés del ministre o de la persona adient.

De la mateixa manera, els malalts que no pertanyen a cap confesió han de ser respectats en les seves conviccions filosòfiques i en les actituds que se'n deriven.

Les creences religioses o filosòfiques individuals han de ser respectades al marge de les del personal sanitari.

Aquest dret té més rellevància en els llocs on el malalt es trobi en situacions crítiques.

6

Continuar mantenint la relació amb els seus familiars i amics i la comunicació amb l'exterior.

El fet d'estar hospitalitzat no pot significar estar aïllat. El malalt continua sent un ser social i, justament per la seva malaltia, pot necessitar encara més la relació amb els seus familiars, etc. En els serveis o centres de llarga estada, o en el cas de pacients que fan estades més perllongades que l'habitual en centres d'aguts, això té una especial importància.

És important distingir entre acompanyants i visitants. Acompanyant és la persona de més confiança del malalt, en cada moment, que li fa companyia servint-li d'ajut moral i físic. Visitants són els familiars i amics que veuen el malalt de manera esporàdica.

L'acompanyant no haurà de tenir més limitació horària que la que pugui derivar-se del respecte als altres, i la seva permanència estarà en funció del desig del propi malalt. Això encara tindrà més relleu en el cas de nens malalts i de malalts adults post-operats o en situació greu. Els visitants es regiran per uns horaris establerts en funció de l'organització de cada centre però suficientment flexibles per tenir en compte horaris laborals, desplaçaments i altres circumstàncies especials que es donin en cada cas.

Els acompanyants, ben informats i assabentats, poden col·laborar en l'assistència al malalt i en els casos necessaris seran el millor aliat per evitar les visites de compromís o nocives que puguin anar en perjudici del propi malalt i entorpir el funcionament del centre. En tot cas, s'ha de respectar la intimitat, el descans i la tranquil·litat dels altres malalts. El diàleg, i no la imposició, és el camí més eficaç per arribar a l'entesa.

S'arbitraran les mesures que calgui per tal que els malalts mantinguin la comunicació amb l'exterior mitjançant la correspondència i el telèfon.

Caldrà considerar així mateix la possibilitat que malalts interns durant llargs períodes puguin abandonar l'hospital temporalment, aprofitant dies d'inactivitat en el seu tractament.

7

Rebre informació comprensible, suficient i continuada.

Els centres hauran de canalitzar la informació i crear les vies necessàries per tal que el malalt la rebi adequadament. Hi ha un tipus d'informació que fa referència a aspectes generals de l'hospital i un altre tipus d'informació, que és la pròpiament sanitària-assistencial, que està directament lligada al motiu de l'estada hospitalària del malalt.

El personal que lliuri la informació ha de ser correctament identificat amb nom i estament.

7.1

Rebre informació general del centre.

La informació general del centre té com a objectiu principal aconseguir la participació activa i responsable del malalt dins l'hospital. Això és possible mitjançant una informació completa, constant i coordinada per part de tot el personal que l'envolta.

La informació general que s'haurà de lliurar al malalt comprendrà:

a) Serveis de què disposa l'hospital. Si no disposa d'algun servei necessari per al malalt se li comunicarà i se'l reorientarà cap a un altre centre sanitari.

b) Normativa del centre, que l'afecti i que estigui d'acord amb els seus drets.

c) Nom del metge responsable del servei i d'aquella persona designada per a tenir un contacte més assequible i constant amb el malalt.

d) Nom de la infermera o infermeres (infermer/s) que tenen cura del malalt.

e) Identificació del personal de manera clara i visible.

f) Informació econòmica sobre les despeses segures i previsibles originades per l'estada hospitalària, independentment de qui es faci càrrec d'aquestes.

g) Vies per obtenir informacions complementàries.

h) Vies per aportar suggeriments o fer reclamacions.

7.2 **Rebre informació del metge responsable, sobre els aspectes mèdics.**

La informació haurà d'aportar al malalt els elements de judici suficients per tal que pugui participar activament i responsable en les decisions que l'afectin. El malalt ha de sentir-se part integrant del seu propi procés.

La informació sanitària haurà de ser dirigida a cadascun dels malalts de manera objectiva i individualitzada, tenint en compte les característiques personals i circumstancials. En tot cas, la informació en sí mateixa, o la manera de ser lliurada, no ha d'afegir angoixes injustificades o perjudicis addicionals al malalt.

Es tindrà cura que el llenguatge estigui a l'abast del pacient, i que se senti informat en tot moment.

La informació haurà de ser continuada i coordinada durant tot el procés diagnòstic i terapèutic.

La informació que el metge haurà de lliurar al malalt comprendrà:

a) Motiu del seu ingrés. Esquema previst de les principals actuacions diagnòstiques i terapèutiques que es pensen dur a terme durant la seva estada, així com possibles alternatives a aquestes.

L'esquema inicial podrà variar en funció de complicacions o descobriments inesperats. El malalt haurà de conèixer els canvis significatius sobre el pla previst.

b) Riscs probables que pot oferir tota prestació de diagnòstic o tractament, així com possibles alternatives a aquestes.

Aquesta informació haurà de ser ponderada, valorant en cada cas la personalitat del pacient.

Així mateix, el malalt serà previngut i informat i haurà de donar el seu consentiment abans de procedir a certes exploracions que per les seves característiques poden afectar la intimitat, la sensibilitat o el pudor individual.

c) Explicació detallada, abans que se'l pugui incloure en algun treball d'investigació clínica, sobre els objectius que es persegueixen, els possibles riscs, i en què consistirà la seva participació. Se li farà saber, així mateix, si els resultats poden beneficiar-lo directament. El pacient ha de saber que pot negar-s'hi, i se li ha de garantir que la seva negativa no implicarà cap tipus de discriminació pel que fa a la seva assistència i tractament.

Si el malalt ho considera necessari, té dret a consultar qualsevol facultatiu, pertanyi o no a l'equip assistencial o al centre.

d) Lliurement d'un informe escrit on hi constin totes les dades rellevants de la seva estada, els resultats significatius de totes les exploracions i els tractaments fets, així com impressions diagnòstiques i tractaments aconsellats.

Aquest informe haurà de ser lliurat quan el malalt marxi d'alta, (fins i tot quan es tracti d'alta voluntària), quan acabi el tractament a consultes externes i en sortir del Servei d'Urgències. També es farà aquest informe quan el malalt ho necessiti per trametre'l a qualsevol metge o entitat.

Quan el malalt sigui donat d'alta haurà de rebre la informació addicional que es consideri convenient sobre morbiditat, limitacions i règim de vida aconsellat, senyals d'alarma per les quals ha de consultar el seu metge o tornar a l'hospital, possibles sistemes d'autocontrol i altra informació complementària per al coneixement propi o del seu metge de capçalera. Aquesta informació haurà de ser lliurada per escrit.

A més a més del que es tracta en els punts anteriors, hi haurà un horari específic per a la informació dels familiars o perquè els malalts que ho desitgin puguin entrevistar-se amb el seu metge. L'horari estarà exposat ben visible al servei.

El malalt col·laborarà amb l'equip assistencial facilitant en tot moment una informació completa i fidedigna.

8 Disposar d'una història clínica i tenir-hi accés.

Aquest dret es desglossa en tres:

8.1 Disposar d'una història clínica.

La història clínica del malalt és el document de treball més important de l'equip sanitari. Per això, s'haurà d'assegurar la seva existència de manera individualitzada.

8.2 Tenir accés a la història clínica.

La història clínica és també un suport de documentació i d'informació.

Des del punt de vista del malalt, l'essencial és conèixer tota la informació significativa i que aquesta sigui utilitzada primordialment i prioritàriament en el seu propi benefici.

Quant a l'accés, s'haurà de fer ús, en cada moment, de les vies normalitzades d'informació al malalt, que han de ser un reflex fidel de la història clínica i contenir tota la informació:

— Durant l'hospitalització qualsevol dubte o problema ha de se aclarit pels membres de l'equip assistencial, i han de donar, en cada cas, la orientació més avinent a les necessitats del malalt.
— En marxar d'alta, un cop finalitzada l'estada a l'hospital, el malalt serà proveit d'un informe que sigui reflex fidel de la història clínica i que sintetitzi tota la documentació significativa continguda en aquesta, tal com s'especifica en l'apartat 7.2. en parlar de l'informe d'alta. Així mateix li hauran de ser lliurats els resultats de les proves diagnòstiques tal com assenyala el punt 8.3.

L'accés directe i material a la història clínica, com a font directa d'informació, ha d'estar reservat als casos en què el malalt estigui en desacord o trobi insuficient la informació rebuda per les vies verbals i escrites habituals, esmentades abans, que hauran de ser exhaurides.

La història clínica, com a document que es treballa dia a dia, no està completa fins al final de l'estada hospitalària del

DRETS DEL MALALT USUARI DE L'HOSPITAL

malalt. Si l'accés del malalt al seu historial clínic es produeix abans de la seva conclusió, pot donar lloc a judicis erronis, especialment si la consulta és feta per una persona no familiaritzada amb la terminologia emprada, ni amb l'ús d'aquest tipus d'informació.

La consulta de la història clínica per part del malalt hauria de ser realitzada conjuntament amb el seu metge responsable. Això és especialment important en els casos que la consulta es produeixi durant l'hospitalització. El malalt pot ser assesorat per un metge de la seva confiança, sigui o no de l'equip assistencial.

8.3 Disposar dels resultats de les exploracions i proves diagnòstiques realitzades durant l'estada a l'hospital per tal que mai no es repeteixi una prova diagòstica ja efectuada només pel fet de no disposar de la informació corresponent.

Mai no estarà justificada la repetició innecessària d'una exploració diagnòstica ja efectuada en un altre centre.

Si el malalt, per raó d'un canvi de centre o de residència, o per qualsevol altre causa, necessita dades importants del seu expedient clínic i, concretament, els resultats de les proves i exploracions diagnòstiques, l'hospital haurà de donar-li els originals o les còpies fidedignes corresponents.

Mantenir el secret sobre la seva malaltia i sobre les dades de la història clínica.

Les dades de la història clínica, i totes aquelles que de manera confidencial i de pròpia iniciativa hagi comentat el malalt, pertanyen a la seva vida privada. Per tant, la història clínica formarà part del secret professional del personal de l'hospital.

Es podrà fer ús científic de les dades contingudes, sempre que quedi dins del secret professional el nom del malalt, així com totes aquelles indicacions que poguessin afavorir la seva identificació. Si hi hagués algun perill que el secret quedés desvetllat es requeriria el consentiment del malalt, prèviament assabentat del grau de possibilitats en el reconeixement de l'interessat i de les conseqüències per a la pròpia imatge.

L'historial clínic ha de ser estudiat i utilitzat per les persones estrictament relacionades amb l'assistència del malalt. L'hospital haurà de disposar d'un protocol que faci referència a aquestes funcions i a les persones que tenen accés a la documentació clínica.

L'hospital ha de vetllar la custòdia de la història clínica, per a la qual cosa determinarà un responsable.

En el cas que les dades clíniques del pacient siguin objecte d'un tractament informàtic, hauran d'estudiar-se les mesures per tal d'evitar un accés indiscriminat a aquestes dades.

El secret també ha d'incloure les comunicacions verbals a persones no autoritzades pel malalt i que facin referència a qualsevol aspecte de la malaltia del pacient.

El malalt pot demanar que la seva estada a l'hospital es mantingui en secret o que sigui comunicada només a la persona que ell desitgi. Seran excepció a aquesta regla, les persones autoritzades legal o judicialment.

Donar el seu consentiment escrit per a tractaments mèdics o quirúrgics, procediments i proves diagnòstiques menys habituals i per a estudis d'experimentació clínica.

Abans de començar qualsevol tractament mèdic o quirúrgic o procediment diagnòstic que no sigui d'extrema urgència, el malalt haurà de donar el seu consentiment escrit per a cada prova o tractament que impliqui absència de consciència, dolor, exposicions repetides i perllongades a les radiacions o que comportin riscs que no siguin prou coneguts. Per donar aquest consentiment, l'usuari haurà de rebre una informació personalitzada i ponderada tal com s'ha expressat en el punt 7.2.

Aquest consentiment podrà ser retirat en qualsevol moment a instàncies de l'usuari, sense que això suposi una renúncia de l'equip assistencial envers alternatives de diagnòstic o tractament, ni cap minva en el seu deure de procurar la salut del pacient.

Aquest consentiment no es presentarà mai al malalt com un simple tràmit a signar, sinó que cada prova o tractament haurà de ser fruit d'atenció especial.

Malgrat les consideracions anteriors, hem de ser conscients que el malalt, molts cops, no pot elegir, ja que no té els suficients criteris de valoració i, en aquests casos, el consentiment és una corroboració escrita del fet que la informació li ha estat lliurada. En la mesura que resti incompleta la responsabilitat del malalt per manca de criteri, augmenta la del metge quant a procurar, amb la seva acció, el màxim bé del pacient aquí i ara.

11

Ser valorada la seva situació familiar i social.

S'ha de poder disposar, des de l'ingrés i en els casos que ho requereixin, de la història social del malalt. Abans de procedir a donar-lo d'alta del centre haurà de valorar-se la seva situació personal, familiar i social, incorporant el dossier social a la història clínica.

12

Ser informat degudament quan sigui necessari traslladar-lo a un altre centre i en aquest cas ser traslladat adequadament.

En cas de manca de llits o d'algun mitjà de diagnòstic o de tractament, pot estar indicat el trasllat del pacient a un altre centre.

Per procedir al trasllat, és indispensable un acord previ amb el centre receptor, bé per a cada cas concret o bé en termes generals.

El malalt haurà de ser informat sobre els motius que aconsellen el seu trasllat i estar-hi d'acord.

El trasllat ha de realitzar-se en les condicions adequades a la situació del malalt.

13

Optar per abandonar l'hospital en qualsevol moment.

El malalt pot deixar l'hospital en el moment en què ho desitgi, fins i tot en contra de l'opinió del seu metge responsable o de l'equip sanitari assistencial, sempre que motius de seguretat o salut pública no ho desaconsellin. Quan aquest dret sigui exercit abans de ser donat d'alta per l'hospital, el malalt haurà de signar un document «d'alta voluntària» per tal d'eximir, l'equip sanitari assistencial i el centre, de les responsabilitats que puguin derivar-se d'aquesta alta prematura.

Al marge que l'alta voluntària sigui resultat d'un desacord entre el pacient i l'equip assistencial, aquest està obligat a fer-li saber, ponderadament, els riscs que la seva decisió pot comportar.

Es lliurarà un informe d'alta tal com s'assenyala en el punt 7.2.d.

14

Morir amb dignitat.

El malalt podrà assumir responsablement, d'acord amb la seva confessió religiosa, les seves creences personals, i el seu sentit de la vida, l'advenIment de la seva mort.

Ha d'estar degudament informat, llevat que hi hagi constància explícita del desig contrari.

Les relacions amb els familiars i els amics han de ser especialment facilitades.

Així mateix, podrà rebutjar un tractament quan cregui que una determinada terapèutica o intervenció pugui reduir la qualitat de la vida a un grau incompatible amb la seva pròpia concepció de la dignitat personal.

El metge sempre s'ha d'esforçar per calmar el sofriment del malalt, en la mesura que aquest ho necessiti.

L'equip assistencial haurà d'evitar l'aferrisament terapèutic, procurant al moribund les atencions pròpies d'aquest moment.

Solament així serà possible, en aquests moments definitius de l'existència, la humanització de la medicina i de l'hospital.

Si la mort esdevé a l'hospital, es tindrà especial cura que els familiars i les persones properes rebin un tracte adequat a aquests moments.

15

Conèixer els seus drets, que aquests siguin àmpliament divulgats entre els malalts i el personal de l'hospital i que siguin respectats.

L'hospital ha de posar en coneixement del malalt que fa ús dels seus serveis quins són els seus drets.

La Direcció dels centres ha de vetllar per tal que aquests drets siguin coneguts per tot el personal.

Així mateix, la Direcció vetllarà permanentment per tal que els drets siguin respectats Tota desviació sobre aquest compliment serà investigada. Si d'un incompliment es deriven perjudicis per al malalt, aquest serà compensat i les causes dels perjudicis seran corregides.

16

Presentar suggeriments i reclamacions sobre el funcionament de l'hospital i que aquests siguin estudiats i contestats.

A cada centre es facilitarà la possibilitat que el malalt o els seus familiars siguin atesos en qualsevol conflicte que tinguin, per un servei aliè a l'equip assistencial. La resolució del conflicte implicarà una investigació seriosa i objectiva que afavoreixi la seva solució, i s'haurà de fer propici un clima de diàleg entre el malalt i la institució.

El malalt, o bé el seu familiar o el seu acompanyant, presentarà el cas per escrit i en la mateixa forma li haurà d'ésser contestat en el temps més breu possible.

La localització del servei serà de fàcil accés i es farà constar la seva existència a la guia d'informació del centre que es lliura als malalts.

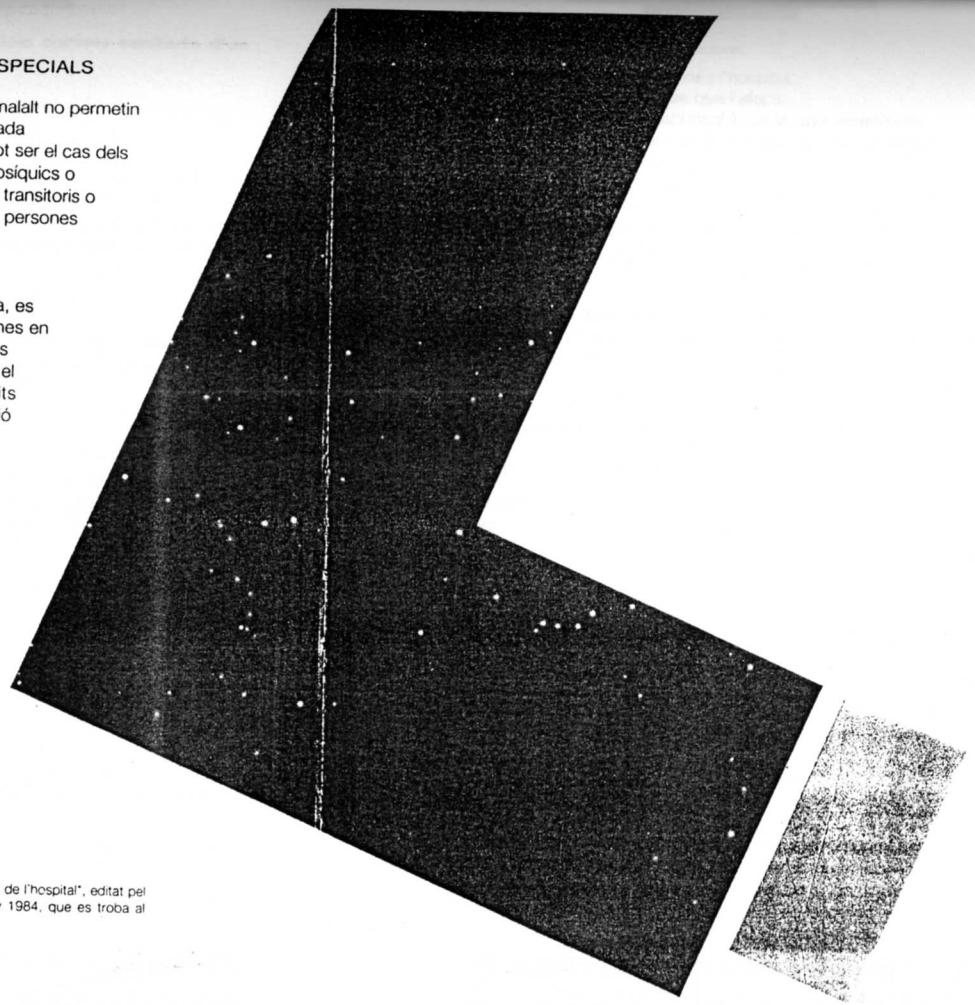
INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA PER AL CAS DE MALALTS EN SITUACIONS ESPECIALS

Quan l'estat o circumstàncies del malalt no permetin que la informació contemplada a l'apartat 7 pugui ser adequadament assimilada per ell, com pot ser en el cas dels nens, persones amb transtorns psíquics o alteracions de nivell de consciència transitoris o definitius, s'informarà els familiars o persones legalment responsables. En cas que el malalt hagués deixat constància escrita i legalment vàlida, es respectaran les persones que ell hagi delegat. En aquests casos, aquestes persones donaran el consentiment escrit per a tractaments mèdics o quirúrgics, procediments i proves diagnòstiques i estudis d'experimentació clínica previstos en l'apartat 10, així com en els altres supòsits en els quals es requereix intervenció o participació de la voluntat del pacient, llevat de situacions d'urgència, motius de salut pública o imperatius legals.

MALALTS EN SITUACIONS ESPECIALS

Quan l'estat o circumstàncies del malalt no permetin que la informació pugui ser assimilada adequadament per aquest, com pot ser el cas dels nens i de persones amb trastorns psíquics o alteracions de nivell de consciència transitoris o definitius, s'informarà els familiars o persones legalment responsables.

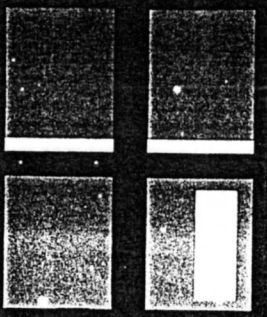
En cas que el malalt n'hagi deixat constància escrita i legalment vàlida, es respectarà la voluntat de les persones en qui aquest hagi delegat. En aquests casos, aquestes persones donaran el consentiment per a tots els supòsits en els quals es requereix intervenció o participació de la voluntat del malalt, llevat de situacions d'urgència, motius de salut pública o imperatius legals.



(Extracte de la publicació "Drets del Malalt Usuari de l'hospital", editat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social l'any 1984, que es troba al vostre abast en aquest hospital.)

DRETS DEL MALALT

usuari de l'hospital



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edit C-440 D.L. B.36.370-1981

Tota persona que faci ús dels serveis sanitaris d'un centre hospitalari té dret a:

1. **R**ebre una assistència sanitària que posi al servei de la persona els recursos tècnics i humans adequats en funció de la seva malaltia i/o les possibilitats del centre, sense discriminació per raó d'edat, sexe, raça, ideologia, religió ni condició sòcio-econòmica.

2. **S**er atès amb agilitat per tal que els tràmits administratius no retardin la seva assistència o ingrés, i que la seva estada a l'hospital sigui al més breu possible.

3. **S**er tractat, per part de tot el personal del centre, amb respecte envers la seva dignitat humana.
Els malalts, acompanyants i visitants, per la seva part, han de respectar el personal del centre i facilitar el seu treball.

4. **S**er tractat amb respecte pel que fa a la seva intimitat personal.

5. **S**er tractat amb respecte i reconeixement en relació a les seves conviccions religioses i filosòfiques, molt especialment quan el malalt es trobi en situacions crítiques.

6. **M**antenir relació amb els seus familiars i amics, i tenir comunicació amb l'exterior.

7. **R**ebre informació comprensible, suficient i continuada.

7.1. Rebre informació general sobre:

- Els serveis de què disposa l'hospital.
- La normativa del centre que l'afecti.
- El nom del metge responsable de la seva assistència.
- El nom del personal d'infermeria que té cura del malalt.
- La manera d'identificar el personal.
- Les despeses originades per l'estada hospitalària.
- Les vies per obtenir informacions complementàries.
- Les vies per aportar suggeriments o fer reclamacions.

7.2. Rebre informació del metge responsable, sobre els aspectes mèdics relatius a:

- Motiu del seu ingrés.
- Riscs probables que pot oferir tota prestació de diagnòstic o tractament.
- Explicació detallada, abans que se'l pugui incloure en algun tipus d'estudi o investigació científica.
- Lliurament d'un informe escrit quan es doni d'alta el malalt o quan surti del Servei d'Urgències. També quan el malalt ho necessiti per trametre'l a qualsevol metge o entitat.

El malalt col·laborarà amb l'equip assistencial facilitant en tot moment una informació completa i fidedigna.

8. **D**isposar d'una història clínica i tenir accés a la informació que conté.
Disposar dels resultats de les exploracions i proves diagnòstiques realitzades durant l'estada a l'hospital per tal que no s'hagin de repetir proves ja efectuades només pel fet de no disposar de la informació corresponent.

9. **M**antenir el secret sobre la seva malaltia i sobre les dades de la història clínica.
Les dades de la història clínica, i totes aquelles que de manera confidencial hagi comentat el malalt, pertanyen a la seva vida privada. Per tant, la història clínica formarà part del secret professional del personal de l'hospital.
El malalt pot demanar que la seva estada a l'hospital es mantingui en secret o que sigui comunicada només a la persona que ell desitgi. Seran excepció a aquesta regla els manaments judicials.

10. **D**onar el seu consentiment escrit per a tractaments mèdics o quirúrgics, procediments i proves diagnòstiques menys habituals, i estudis d'experimentació clínica.

11. **Q**ue es valori la seva situació familiar i social.

12. **S**er informat degudament quan sigui necessari traslladar-lo a un altre centre i, en aquest cas, ser traslladat adequadament.

13. **O**ptar per abandonar l'hospital en qualsevol moment. Quan aquest dret sigui exercit abans de ser donat d'alta per l'hospital, el malalt haurà de signar un document "d'alta voluntària".

14. **M**orir amb dignitat.
En aquesta situació les relacions amb els familiars i els amics han de ser especialment facilitades.
Si la mort s'esdevé a l'hospital, es tindrà especial cura que els familiars i les persones properes rebin també un tracte adequat en aquests moments.

15. **C**onèixer els seus drets, que aquests siguin àmpliament divulgats entre els malalts i el personal de l'hospital, i que siguin respectats.

16. **P**resentar suggeriments i reclamacions sobre el funcionament de l'hospital i que aquests siguin estudiats i contestats.

2. DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT núm.1477. Decret 10 de Juliol de 1991.

DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT

DECRET

161/1991, de 16 de juliol, pel qual es fusionen l'Escola Tècnica Superior d'Enginyers de Camins, Canals i Ports de Barcelona i l'Escola Universitària d'Enginyeria Tècnica d'Obres Públiques de Barcelona.

Raons d'economia i eficàcia han aconsellat la fusió de l'Escola Tècnica Superior d'Enginyers de Camins, Canals i Ports de Barcelona i de l'Escola Universitària d'Enginyeria Tècnica d'Obres Públiques de Barcelona. El centre resultant de la fusió es denominarà Escola Tècnica Superior d'Enginyers de Camins, Canals i Ports de Barcelona, tal com ha sol·licitat el Consell social de la Universitat Politècnica de Catalunya per mitjà del Departament d'Ensenyament.

De conformitat amb la sol·licitud esmentada, d'acord amb el que estableixen la Llei orgànica 11/1983, de 25 d'agost, de reforma universitària, i la Llei 26/1984, de 19 de desembre, de coordinació universitària i de creació de consells socials, amb l'informe favorable del Consell Interuniversitari de Catalunya i del Consell d'Universitats; a proposta del conseller d'Ensenyament i amb l'acord previ del Govern,

DECRETO:

Article 1

Es fusionen l'Escola Tècnica Superior d'Enginyers de Camins, Canals i Ports de Barcelona i l'Escola Universitària d'Enginyeria Tècnica d'Obres Públiques de Barcelona, de la Universitat Politècnica de Catalunya. El centre resultant de la fusió es denominarà Escola Tècnica Superior d'Enginyers de Camins, Canals i Ports de Barcelona i impartirà els estudis dels dos centres fusionats.

Article 2

Se suprimeix l'Escola Universitària d'Enginyeria Tècnica d'Obres Públiques de Barcelona.

Article 3

S'autoritza el Departament d'Ensenyament per tal que, en l'àmbit de les seves competències, dicti les disposicions necessàries per al desplegament i l'execució del que disposa aquest Decret.

Barcelona, 16 de juliol de 1991

JORDI PUJOL
President de la Generalitat de Catalunya

JOSEP LAPORTE I SALAS
Conseller d'Ensenyament

(91.147.021)

*

DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL

ORDRE

de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris.

A l'empara del que preveu l'article 17 de l'Estatut d'autonomia i del Reial Decret 1517/1981, de 8 de juliol, de traspàs de serveis de la Seguretat Social a la Generalitat de Catalunya, es van dictar les ordres d'acreditació de centres hospitalaris de 21 de novembre de 1981 i de 25 d'abril de 1983, respectivament, per tal de proporcionar als ciutadans uns nivells homogenis de qualitat en els serveis sanitaris oferts.

A fi i efecte d'assolir una homogeneïtzació adequada de les prestacions assistencials i l'aprofitament òptim dels recursos humans i materials, es va crear la xarxa hospitalària d'utilització pública mitjançant el Decret 202/1985, de 18 de juliol, que preveu la utilització preferent dels centres de la xarxa per part del Departament de Sanitat i Seguretat Social en la prestació d'assistència sanitària als ciutadans, i estableix com a requisit indispensable per formar part de la xarxa que els centres hospitalaris gaudeixin de la corresponent acreditació.

D'altra banda, d'acord amb el Decret esmentat, es dictà l'Ordre de 25 d'abril de 1986, sobre assistència sanitària concertada, l'article 5 de la qual disposa que en casos concrets de necessitat objectiva d'utilització d'un o d'alguns serveis assistencials quan els centres de la xarxa hospitalària d'utilització pública no siguin suficients, el Departament de Sanitat i Seguretat Social podrà establir concerts específics. Per tal de subscriure aquests concerts és necessari que els centres hospitalaris estiguin acreditats.

D'acord amb la legislació esmentada i tenint en compte l'experiència assolida, i sens perjudici que en un futur s'aprofundeixi en una acreditació que tingui en compte les diferents unitats hospitalàries, s'escau ara de dictar una nova Ordre d'acreditació bàsica amb l'objectiu de millorar la qualitat dels centres hospitalaris mitjançant l'anàlisi de la seva estructura física, organitzativa i funcional, de tal manera que a més del vessant sanitari es prevegin els aspectes relatius a la seguretat, l'estructura i el manteniment de l'edifici des d'una perspectiva arquitectònica i d'enginyeria.

Atès el que s'ha exposat, i d'acord amb el que preveu la Llei 13/1989, de 14 de desembre, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya,

ORDENO:

Article 1

1.1 Els centres hospitalaris compresos en el desplegament del mapa sanitari de Catalunya, d'acord amb l'annex del Decret 202/1985, de 15 de juliol, i les seves modificacions posteriors, hauran d'obtenir el certificat d'acreditació com a requisit per a la seva integració a la xarxa hospitalària d'utilització pública.

1.2 Els centres hospitalaris que a l'empara de l'article 5 de l'Ordre de 25 d'abril de 1986 vulguin establir un concert d'un o d'alguns serveis amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social hauran d'obtenir el certificat d'acreditació corresponent.

1.3 Els centres hospitalaris no previstos en els dos apartats anteriors podran sol·licitar certificat d'acreditació com a prova del grau de qualitat assolit.

Article 2

Els criteris que serveixen de base per al procés d'acreditació són els que figuren a l'annex de la present Ordre.

L'aplicació d'aquests criteris serà valorada no només individualment sinó considerant també la qualitat assistencial i estructural del centre de manera global.

Article 3

3.1 Les sol·licituds per a l'obtenció i la renovació dels certificats d'acreditació s'adreçaran al director general de Recursos Sanitaris.

3.2 La Direcció General de Recursos Sanitaris facilitarà un qüestionari al centre sol·licitant. Un cop retornat el qüestionari, es procedirà a la comprovació de tots els extrems que s'hi continguin.

3.3 Un cop efectuada la comprovació esmentada, s'emetran els informes tècnics corresponents, on quedarà reflectida la situació del centre en relació amb les especificacions de la present Ordre. Seguidament s'atorgarà tràmit d'audiència al centre.

3.4 El Comitè d'acreditació que preveu l'article 6 d'aquesta Ordre avaluarà aquests informes i tota la documentació que figuri a l'expedient i formularà proposta de resolució al director general de Recursos Sanitaris.

3.5 A continuació, el director general de Recursos Sanitaris atorgarà o denegarà el certificat d'acreditació sol·licitat.

3.6 Contra la Resolució que emeti el director general es podrà interposar recurs d'alçada davant el conseller de Sanitat i Seguretat Social.

Article 4

4.1 L'acreditació s'atorgarà per un període màxim de tres anys, subjecta a les verificacions que es considerin oportunes.

4.2 Quan l'òrgan que atorga el certificat ho estimi necessari, i d'acord amb la proposta del comitè d'acreditació, s'adjuntaran a aquest certificat els requeriments oportuns per tal de millorar la qualitat assistencial o estructural del centre. Un cop transcorregut el període de vigència del certificat d'acreditació, es valorarà el grau de compliment d'aquests requeriments a l'efecte de la seva renovació.

Article 5

L'acreditació podrà ser retirada durant el període de vigència del certificat, quan es comprovi l'incompliment de les condicions existents en el centre en el moment del seu atorgament, amb l'expedient previ en el qual es donarà vista als interessats.

Article 6

El Comitè d'acreditació, creat per l'Ordre de 21 de novembre de 1981, estarà integrat per:

El subdirector general d'Avaluació i Acreditació de la Direcció General de Recursos Sanitaris que actuarà com a president.

El cap del Servei d'Autorització, Acreditació i Avaluació la Direcció General de Recursos Sanitaris.

El cap de la Divisió d'Avaluació i Inspecció Sanitària del Servei Català de la Salut.

El cap de la Divisió de Recursos Físics, Béns i Serveis del Servei Català de la Salut.

El cap de la Divisió d'Atenció Primària i hospitalària del Servei Català de la Salut.

El cap de la Secció d'Acreditació i Control de Qualitat de la Direcció General de Recursos Sanitaris, que actuarà com a secretari del Comitè.

Article 7

El director general de Recursos Sanitaris i el Comitè d'acreditació podran sol·licitar, sempre que ho considerin oportú, en el transcurs del procés d'acreditació previst en aquesta Ordre, informe de la Comissió Assessora per a l'acreditació de centres hospitalaris de malalts aguts, creada per l'Ordre del Departament de Sanitat i Seguretat Social de 16 d'agost de 1988.

DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA

Mentre no es dictin normes d'autorització per als centres hospitalaris, els requisits continguts a l'annex d'aquesta Ordre s'hauran de complir obligatòriament per part dels centres i serveis que sol·licitin autorització administrativa.

DISPOSICIÓ DEROGATÒRIA

Queden derogades l'Ordre de 25 d'abril de 1983, per la qual es regula l'acreditació de centres i serveis assistencials a Catalunya, i l'Ordre de 31 d'agost de 1983, d'acreditació de centres d'assistència hospitalària en règim de funcionament obert.

DISPOSICIONS FINALS

—1 Es faculta el director general de Recursos Sanitaris per adoptar les mesures necessàries per al compliment i l'execució del que preveu aquesta Ordre.

—2 La present Ordre entrarà en vigor l'endemà de la seva publicació al *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.*

Barcelona, 10 de juliol de 1991

XAVIER TRIAS I VIDAL DE LLOBATERA
Conseller de Sanitat i Seguretat Social

ANNEX

Criteris d'acreditació en relació amb la direcció i l'organització generals

—1 *Direcció, administració i funcionament generals*

1.1 El centre hospitalari haurà de constar en el Registre de centres, serveis i establiments sanitaris de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària, creat per Ordre de 9 d'agost de 1989 (DOGC núm. 1193, de 13.9.1989).

1.2 El director gerent és la màxima autoritat de l'hospital, al qual restaran adscrites totes les unitats d'aquest.

1.3 Tots els centres disposaran:

a) D'un reglament escrit de règim interior.

b) D'un registre actualitzat del personal que inclogui les dades següents: nom, categoria professional, titulació, especialitat, càrrec, dedicació horària i adreça.

Podrà comprovar-se, de manera immediata, la distribució de la plantilla per estaments, àrees funcionals, horari i categories professionals.

c) D'un exemplar del contracte del personal que hi presti serveis i d'una còpia de la titulació acadèmica de què disposi aquest personal.

d) D'un organigrama funcional on es trobin detallats els serveis mèdics, d'infermeria, administratius, d'hoteleria i de manteniment.

1.4 Els centres hospitalaris comptaran amb un llibre de tarifes que l'usuari pugui consultar. Disposaran, també, d'un arxiu de factures.

—2 *Direcció i serveis mèdics*

2.1 El centre hospitalari comptarà amb un director mèdic com a màxim responsable de l'assistència clínica prestada. En absència del director mèdic, haurà d'estar prevista la seva substitució per un altre metge de la plantilla del centre.

2.2 El director mèdic haurà de dirigir, coordinar i avaluar les activitats clíniques de l'hospital. Així mateix, avaluarà el nivell de qualitat, proposarà les mesures que escaiguin per millorar-la i promoure-la, organitzarà i supervisarà les activitats de docència i d'investigació del personal facultatiu i vetllarà per l'actualització constant dels coneixements del seu personal.

2.3 La direcció mèdica del centre haurà de disposar d'un quadre de serveis mèdics on figuri el nom, l'especialitat, el càrrec, la dedicació horària i l'adreça dels facultatius.

2.4 Tot centre hospitalari haurà de tenir personal mèdic en presència física en el centre durant les 24 hores.

2.5 Els metges que realitzin les guàrdies fora de l'hospital hauran d'estar localitzables com a màxim a una distància que els permeti acudir a l'hospital en un temps inferior a 30 minuts.

2.6 Les dades que permetin la identificació i localització dels metges que realitzin guàrdia de caràcter localitzable hauran de figurar per escrit.

La direcció del centre i la unitat d'urgències disposaran del quadre de guàrdies.

—3 *Direcció i serveis d'infermeria*

3.1 El centre hospitalari tindrà un director d'infermeria com a màxim responsable de l'assistència d'infermeria prestada.

En absència del director d'infermeria, haurà d'estar prevista la seva substitució per un altre ATS/DI de la plantilla del centre.

3.2 El director d'infermeria haurà de dirigir, coordinar i avaluar les activitats d'infermeria de l'hospital. Així mateix, avaluarà el nivell de qualitat, proposarà les mesures que s'escaiguin per millorar-la i promoure-la, organitzarà i supervisarà les activitats de docència i d'investigació del personal d'infermeria i vetllarà per l'actualització constant dels coneixements del seu personal.

3.3 El centre hospitalari haurà de garantir la presència física continuada de, com a mínim, un ATS/DI a cada unitat d'hospitalització i d'urgències.

3.4 La direcció d'infermeria disposarà d'un quadre de les diferents unitats d'infermeria on constin el nom, la titulació, el càrrec, la dedicació horària i l'adreça del personal al seu càrrec.

Criteris d'acreditació en relació amb l'atenció i assistència al malalt

—4 *Admissió*

4.1 El centre hospitalari haurà de tenir una unitat central d'admissió responsable de la gestió dels ingressos, de les altes, dels trasllats interns, de la remissió de malalts a altres centres i de la sortida de cadàvers.

4.2 La unitat d'admissió haurà de ser fàcilment localitzable i accessible des de l'entrada principal de l'hospital.

4.3 La unitat d'admissió es responsabilitzarà de:

a) La identificació i localització dels malalts en qualsevol moment.

b) La confecció i actualització de les llistes d'espera.

c) Registrar les dades següents de les defuncions produïdes a l'hospital:
Nom i cognoms del difunt.
Unitat assistencial de procedència.
Diagnòstic principal i secundari.
Dades referents a intervencions *post mortem*.
Motiu d'extracció d'òrgans i/o teixits.
Data i hora d'ingrés i sortida dels serveis mortuoris (en cas que l'hospital en disposi).

4.4 La unitat d'admissió disposarà de:

a) La informació actualitzada de l'ocupació del centre amb el cens diari de llits per unitat, especialitats i sexe i de la previsió d'ingressos.

Hi haurà una persona encarregada de portar al dia aquesta informació i de comunicar-la als òrgans directius del centre.

b) Un registre de localització del personal de l'hospital per als casos de guàrdies localitzables i per tal de cobrir necessitats imprevistes que es puguin produir en el centre.

4.5 Els centres que disposin d'unitat d'urgències externes hauran d'assegurar el procés administratiu d'admissió durant les 24 hores.

4.6 Caldrà que es disposi d'un sistema de registre d'altes on quedin consignades les dades relatives al centre, les dades d'identificació del malalt i les dades referides al diagnòstic d'ingrés i d'alta, d'acord amb l'Ordre de 23 de novembre de 1990, que regula l'informe clínic d'alta hospitalària i el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (DOGC núm. 1379, de 12.12.1990).

4.7 La unitat central d'admissió informarà el malalt o acompanyants de qui es farà càrrec de les despeses ocasionades per la seva assistència.

—5 *Qualitat assistencial*

5.1 L'hospital desenvoluparà les activitats que permetin l'avaluació de la qualitat en l'assistència prestada i efectuarà el seguiment de les mesures correctives proposades per resoldre els problemes detectats.

5.2 Hi haurà una persona que assumirà les funcions de coordinació de les tasques dirigides a vetllar per la qualitat assistencial del centre.

5.3 El conjunt de les activitats esmentades haurà d'adaptar-se a les característiques del centre i figurar per escrit.

5.4 Les activitats adreçades a vetllar per la qualitat assistencial avaluaran com a mínim:

a) Les històries clíniques.

b) La terapèutica farmacològica utilitzada.

c) La infecció hospitalària.

d) Els tumors i teixits diagnosticats i/o tractats en el centre.

e) Els casos de mortalitat en el centre.
f) L'opinió dels usuaris.

5.5 Es disposarà de protocols d'higiene i prevenció de transmissió d'infeccions pel que fa a la manipulació de productes orgànics.

5.6 En els casos de manca de qualitat palesats per aquests procediments, haurà d'efectuar-se una investigació mitjançant una auditoria assistencial interna que quedarà registrada per escrit.

—6 *Drets del malalt*

6.1 Tot malalt atès a l'hospital tindrà accés a l'opuscle *Drets del Malalt Usuari de l'Hospital*, editat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social.

6.2 L'hospital haurà de vetllar pel compliment de tots els punts assenyalats en el citat opuscle, que són els següents:

a) Rebre una assistència sanitària que posi al servei de la persona tots els recursos tècnics i humans en funció de la seva malaltia i les possibilitats del centre, sense discriminació per raó d'edat, sexe, raça, ideologia, religió o condició sòcio-econòmica.

b) Ser atès amb agilitat per tal que els tràmits burocràtics no retardin l'assistència al malalt o el seu ingrés.

c) Ser tractat, per part de tot el personal del centre, amb respecte envers la seva dignitat humana.

d) Ser tractat amb respecte pel que fa a la seva intimitat personal.

e) Ser tractat amb respecte i reconeixement quant a les seves conviccions religioses i filosòfiques, fins a les limitacions mèdico-legals que permetin les normatives vigents.

f) Continuar mantenint la relació amb els seus familiars i amics i la comunicació amb l'exterior.

g) Rebre informació comprensible, suficient i continuada.

h) Rebre informació general del centre en relació amb els aspectes que l'incumbeixin.

i) Conèixer el nom i estament professional de les persones encarregades de la seva assistència.

j) Rebre informació del metge responsable sobre els aspectes clínics evolutius de la seva malaltia.

k) Disposar d'una història clínica i tenir-hi accés.

l) Mantenir el secret sobre la seva malaltia i sobre les dades de la història clínica.

m) Donar el seu consentiment escrit per a tractaments mèdics o quirúrgics, procediments i proves diagnòstiques menys habituals i per a estudis d'experimentació clínica.

n) Que sigui valorada la seva situació familiar i social.

o) Ser informat degudament quan sigui necessari traslladar el malalt a un altre centre i, en aquest cas, ser traslladat adequadament per tal de proveir la continuïtat assistencial necessària.

p) Optar per abandonar l'hospital en qualsevol moment.

q) Morir amb dignitat.

r) Conèixer els seus drets, que aquests siguin àmpliament divulgats entre els malalts i el personal de l'hospital i que siguin respectats.

s) Presentar suggeriments i reclamacions sobre el funcionament de l'hospital i que aquests siguin estudiats i contestats.

6.3 La direcció i el personal del centre, molt especialment àquell que tingui un contacte directe amb el malalt, disposarà d'una còpia de l'opuscle esmentat i en coneixerà el contingut.

6.4 Hi haurà un horari d'informació als familiars o acompanyants del malalt sobre el seu estat i evolució.

Aquest estarà indicat en un lloc visible de cada unitat d'hospitalització.

6.5 Sempre que el malalt ho sol·liciti se li lliurarà el resultat de les exploracions i els tractaments realitzats, del diagnòstic i de les recomanacions terapèutiques en un informe escrit. La còpia d'aquesta informació s'haurà d'incloure a la història clínica.

6.6 Sempre que el pacient causi alta, l'hospital li lliurarà l'informe d'alta que preveu l'Ordre de 23 de novembre de 1990.

—7 *Suggeriments i reclamacions*

7.1 L'hospital establirà les vies perquè tot usuari pugui expressar suggeriments i reclamacions referides a l'estructura i el funcionament del centre. A aquests efectes es designarà una persona responsable.

7.2 El centre haurà de disposar de bústies de suggeriments i queixes. Aquestes es trobaran en llocs visibles i de fàcil accés per als usuaris i sempre, com a mínim, en les unitats d'admissió, consultes externes i urgències.

7.3 Es disposarà d'un llibre de reclamacions format per fulls enquadernats, numerats correlativament i visat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social, i no seran vàlids els quaderns de fulls intercanviables.

7.4 Igualment, hi haurà un interlocutor al qual l'usuari adreçarà els suggeriments i les reclamacions que consideri oportuns.

7.5 S'establirà un circuit que permeti estudiar els suggeriments i reclamacions esmentats i donar una resposta adequada a l'usuari que els hagi presentat.

Les investigacions i resolucions dels casos constaran per escrit.

El director gerent del centre tindrà en tot moment coneixement dels suggeriments i les reclamacions presentats i es responsabilitzarà de la solució adoptada en cada cas.

7.6 El circuit establert en el punt anterior estarà connectat amb les activitats dirigides a vetllar per la qualitat assistencial del centre.

—8 *Treball social*

8.1 L'hospital comptarà, ja sigui a través de mitjans propis o concertats, amb el suport del treball social que permeti avaluar els problemes socials derivats de la malaltia i fer les propostes per a la seva solució.

8.2 El responsable del suport social dels malalts haurà de disposar de la titulació de diplomat en treball social/assistent social.

8.3 Es disposarà d'un registre de casos atesos.

8.4 Es podrà rebre atenció derivada del treball social a petició del mateix malalt o responsables d'aquest, per indicació del personal encarregat de l'assistència o del personal del servei d'admissions.

Criteris d'acreditació en relació amb la seguretat, l'estructura física i les instal·lacions.

—9 *Estructura física, instal·lacions, seguretat i manteniment*

9.1 L'hospital haurà de complir les normes de construcció, d'instal·lacions i de seguretat previstes en la normativa vigent i, en particular, els reglaments de seguretat que li siguin d'aplicació, referents a:

a) Aparells de pressió.
b) Aparells d'elevació i manutenció.
c) Equips d'instal·lacions frigorífiques.
d) Emmagatzematge de productes químics.
e) Calefacció, climatització i aigua calenta sanitària.
f) Prevenció de la contaminació atmosfèrica.
g) Utilització i emmagatzematge de combustibles gasosos, líquids i liquats.
h) Baixa i alta tensió.

Igualment, l'hospital haurà de complir la legislació en matèria de protecció contra incendis per establiments sanitaris, Ordre del Ministeri de Sanitat i Seguretat Social de 24 d'octubre de 1979 (BOE núm. 267, de 7.11.1979), amb la incorporació de les mesures de protecció necessàries per garantir la seguretat dels seus ocupants, sens perjudici d'haver de complir, així mateix, la legislació sobre aquesta matèria aplicable al centre en el moment de la seva autorització o legalització.

9.2 L'hospital complirà les especificacions següents pel que fa a la seva estructura física i d'instal·lacions:

a) Totes les habitacions i àrees on hi hagi presència continuada de persones hauran d'estar proveïdes de calefacció i degudament ventilades.

b) Les àrees següents (en cas que existeixin) hauran de rebre aire tractat degudament d'acord amb les necessitats d'asèpsia de cadascuna d'elles: quiròfans, zones d'aïllament (immunodeprimits, infecciosos), unitats de cures intensives, unitat de nounats, unitat de cremats, unitat d'esterilització.

c) Caldrà que els accessos principals a l'hospital i els recorreguts interiors siguin adequats per a l'accés de qualsevol persona en situació de disminució.

d) Els accessos i l'interior de l'hospital hauran d'estar adequadament senyalitzats.

e) Els hospitals de més d'una planta disposaran com a mínim de dos aparells de comunicació vertical amb capacitat suficient per a una llitera i un acompanyant.

f) Caldrà preveure un sistema de comunicació telefònica interior i exterior. Les comunicacions interiors hauran d'incloure un sistema ràpid de connexió amb el metge de guàrdia i la persona responsable d'infermeria.

9.3 L'hospital, tenint en compte la normativa que li sigui d'aplicació, elaborarà la seva pròpia reglamentació respecte a:

a) Indicadors i rètols d'avís relatius a la seguretat dins l'hospital.

b) Mesures d'emmagatzematge, preparació, manipulació i eliminació de substàncies contaminants i perilloses.

c) Utilització i mesures de seguretat dels aparells i instal·lacions elèctriques i perilloses.

d) Pla d'emergències internes.

Hi haurà còpia d'aquesta reglamentació en les unitats i llocs on sigui necessari.

9.4 D'acord amb la Llei 20/1985, de 25 de juliol (DOGC núm. 572, de 7.8.1985), estarà prohibit fumar en el recinte hospitalari, llevat de les àrees d'espera específicament habilitades. A tal efecte hi haurà:

a) Un rètol que ho indiqui a les entrades de l'hospital.

b) Una indicació de la prohibició de fumar a les àrees comunes d'accés, pas, espera, visita, unitats i serveis.

9.5 Els hospitals tindran assegurada l'assistència de manteniment durant les 24 hores, i cada dia de l'any.

9.6 El centre disposarà de plànols complets actualitzats amb especificació de totes les dependències i instal·lacions, que s'hauran de poder consultar permanentment.

Criteris d'acreditació en relació amb les unitats assistencials

—10 *Hospitalització*

10.1 Es defineix com a unitat d'hospitalització l'estructura que, situada en una mateixa planta, depèn d'una única àrea funcional d'infermeria.

10.2 Cada unitat d'hospitalització haurà de tenir un responsable ATS/DI per assumir les tasques d'organització i direcció necessàries. Igualment, s'ha de garantir la presència constant a la unitat d'un ATS/DI, com a mínim.

10.3 La unitat d'hospitalització haurà de disposar dels elements següents i haurà de complir els requisits que s'esmenten a continuació.

a) Un nombre determinat d'habitacions per als malalts amb mampares o cortines que permetin la separació dels llits. Caldrà que hi hagi, almenys, una habitació d'ús individual per unitat.

b) Les habitacions hauran d'assegurar una distància mínima de llit a paret lateral de 50 cm i de 90 cm al llit veí i hauran de permetre el gir dels llits dins l'habitació.

c) Les portes hauran de permetre el pas i el gir dels llits amb comoditat.

d) Hi haurà sistemes que permetin l'administració d'oxigen i l'aspiració de secrecions per cobrir les necessitats de cada unitat.

e) Les habitacions hauran de tenir ventilació i il·luminació natural suficients i, si cal, hauran d'impedir el pas de la llum.

f) Hi haurà d'haver, com a mínim, un wàter per cada sis llits, un lavabo per cada tres llits i una dutxa per cada 10 llits.

Els wàters hauran de tenir un sistema d'avís per als casos d'emergència i agafadors que permetin la incorporació del malalt.

Les dutxes hauran de tenir agafadors.

g) Hi haurà la possibilitat d'accés a un bany assistit.

h) Un control d'infermeria amb visibilitat on estaran situats els sistemes receptors d'avís dels malalts.

i) Una zona neta per a la preparació de medicació.

j) Un *office*.

k) Un espai d'emmagatzematge de llenceria i de material divers.

l) Una zona bruta separada de les anteriors.

m) Una habitació de neteja amb abocador.

n) Un wàter per a ús del personal de la unitat.

o) Una àrea per a ús del personal de la unitat.

p) Una sala d'estar per a malalts, amb il·luminació i ventilació natural suficients i amb condicions de confort adequades.

Les àrees d'*office*, magatzems, neteja, wàter per al personal, sales d'exploracions, àrea per a ús del personal i sala d'estar per a malalts poden ser compartides per més d'una unitat d'hospitalització sempre que aquestes àrees estiguin situades en zones comunes a les dues unitats i en una mateixa planta.

10.4 La unitat d'hospitalització disposarà com a mínim de l'equipament següent:

a) Un aspirador de secrecions portàtil.

b) Material, equipament i medicació de reanimació cardio-respiratòria i ràpid accés a un monitor desfibril·lador.

c) Un frigorífic.

d) Un armari per a la medicació i per al material estèril.

e) Mobiliari que permeti l'ordenació i la ubicació de la documentació clínica dels malalts atesos.

10.5 Per a cada llit s'haurà de disposar de:

a) Una taula auxiliar.

b) Un sillló.

c) Un armari.

d) Una tauleta de nit.

e) Un interruptor d'avís a infermeria de fàcil accés des del llit.

f) Un interruptor d'il·luminació de fàcil accés des del llit.

g) Endolls elèctrics i un sistema d'il·luminació que permeti el tractament, la lectura, la llum nocturna i general.

10.6 Els llits hauran de ser mòbils, adaptables a les diferents posicions anatòmiques i s'hi podran adaptar baranes.

—11 *Hospitalització pediàtrica*

11.1 El responsable clínic directe de la unitat d'hospitalització pediàtrica ha de ser un metge pediatre.

11.2 A més dels requisits generals previstos en l'apartat anterior d'aquest annex, la unitat d'hospitalització pediàtrica haurà de complir els punts següents:

a) A les àrees d'hospitalització de lactants hi haurà un espai còmode que permeti l'alletament matern amb intimitat.

b) Es garantiran les condicions especials de seguretat per evitar l'accés dels nens a dipòsits de medicaments, instal·lacions elèctriques, desnivells, sortides d'ascensors i altres llocs de perill.

c) L'equipament de la unitat pediàtrica haurà de ser adequat a l'edat dels infants atesos.

d) Caldrà disposar d'un nombre suficient de llits i de bressols de diferents mides, i del mobiliari convenient per a les funcions sanitàries, escolars i de joc.

e) Els bressols i els llits hauran de ser segurs per evitar que els nens caiguin, que els passi el cap entre el barrots i que els quedin atrapats els membres, d'acord amb la normativa vigent.

f) S'haurà de permetre sense limitacions d'horari la presència d'un acompanyant.

g) Es garantirà l'accés del nen a un espai d'esbarjo.

—12 *Consultes externes*

12.1 Les consultes externes tindran espai suficient per tal de permetre l'assistència dels malalts i la recepció, la informació i espera tant d'aquests com dels seus acompanyants durant totes les hores de visita.

12.2 Disposaran de telèfon públic per a la utilització dels malalts i acompanyants i de suficients serveis de wàter en relació amb el volum assistencial.

12.3 Cada despatx de consulta disposarà com a mínim de:

a) Una taula.

b) Seients.

c) Una llitera.

d) Un rentamans.

e) Un llum d'exploració.

f) Un negatoscopi.

g) Equipament addicional que requereixi l'especialitat.

h) Espai suficient per a vestidor en les consultes que per la seva especialització ho requereixin.

12.4 Les visites de consultes externes hauran de ser programades amb consignació de dia i hora. Hi haurà la possibilitat d'incloure les consultes no programades.

12.5 El centre hospitalari disposarà com a mínim d'una persona responsable de la coordinació i programació de les visites.

12.6 La documentació assistencial generada a consultes externes haurà de formar part de la història clínica general del malalt.

—13 *Urgències*

13.1 La unitat d'urgències externes estarà dotada del personal necessari per donar assistència a les emergències que es produeixin, i per gestionar el correcte trasllat de malalts en cas necessari. Caldrà garantir en tot moment la presència física d'almenys un metge i un ATS/DI.

13.2 El nombre de facultatius en presència física a la unitat al centre i en guàrdia localitzable haurà de ser establert per part del centre, en funció de l'activitat realitzada.

13.3 En la unitat d'urgències hi haurà exposada una llista o quadre de guàrdies actualitzada amb els noms i especialitats dels metges de guàrdia, tant dels que es trobin presents en el mateix centre com dels localitzables.

13.4 L'accés al Servei d'Urgències estarà diferenciat de la resta dels accessos a l'hospital.

13.5 La unitat d'urgències comptarà amb els espais físics següents:

a) Recepció.

b) Sala d'espera amb wàter i telèfon públic a la mateixa sala o en àrees contigües.

c) Àrea d'atenció mèdica amb cubículs suficients segons el volum assistencial habitual del centre amb l'espai i equipaments necessaris per a l'assistència al malalt.

d) Despatx.

e) Sala de guixos en el mateix servei o en una àrea propera i en la qual sigui possible el pas de lliteres.

f) Zona bruta amb abocador.

g) Wàter per a malalts.

h) Wàter per al personal que treballa a la unitat.

i) Zona neta per a l'emmagatzematge i la preparació de la medicació.

j) Àrea per a ús del personal.

k) Espai per a magatzem.

13.6 Cadascuna de les lliteres estarà proveïda de baranes i tindrà assegurada la disponibilitat d'oxigen i de buit, com també de llum individual i endolls suficients.

13.7 La unitat d'urgències haurà d'estar dotada de material, equipament i de la medicació necessaris per a les emergències cardiorespiratòries i per a altres situacions que necessitin una actuació immediata.

Es disposarà com a mínim d'un carro d'aturada cardíaca en disposició permanent d'ús amb monitor desfibril·lador sincronitzat.

13.8 La unitat d'urgències haurà de tenir la possibilitat d'utilització immediata de quiròfan, RX i laboratori.

13.9 La unitat d'urgències disposarà de la següent documentació a la mateixa unitat:

a) Protocols d'actuació per als casos que comportin risc vital o necessitat d'assistència immediata, i per a les tècniques i procediments diagnòstics i terapèutics més utilitzats.

b) Models de documentació mèdico-legal reglamentaris.

13.10 La unitat d'urgències disposarà d'un sistema de registre o d'un llistat d'urgències amb les dades següents:
Nom i cognoms de la persona assistida.
Edat i sexe.
Diagnòstic a motiu de l'assistència.
Data i hora d'entrada i de sortida de la unitat d'urgències.
Identificació del metge i ATS/DI que l'ha assistit.
Procedència del malalt.
Destinació del malalt.

13.11 A tot malalt atès a la unitat d'urgències se li facilitarà un informe que inclogui l'exploració, el diagnòstic i el tractament, com també l'hora d'entrada i de sortida de la unitat i la signatura del metge que l'ha assistit.

13.12 Els centres que no disposin d'unitat d'urgències hauran de garantir en tot moment l'assistència urgent dels malalts ingressats.

—14 *Farmàcia*

14.1 Tot centre hospitalari haurà de garantir l'atenció farmacèutica necessària per a la utilització racional dels medicaments, mitjançant l'establiment d'un servei de farmàcia hospitalària o d'un dipòsit de medicaments que hauran de complir els requisits fixats per l'Ordre Ministerial d'1 de febrer de 1977, per la qual es regulen els serveis farmacèutics d'hospitals (BOE núm. 43, de 19.2.1977) i per l'Ordre del Departament de Sanitat i Seguretat Social de 10 de juny de 1986, per la qual es regulen els dipòsits de medicaments en els centres hospitalaris (DOGC núm. 709, de 4.7.1986) i normativa concordant, respectivament.

14.2 El centre garantirà l'ús immediat dels fàrmacs que puguin necessitar-se amb caràcter urgent. A aquests efectes es podrà disposar de farmacioles situades en les unitats d'infermeria.

La dotació de medicaments serà realitzada per la unitat de farmàcia d'acord amb cada àrea.

14.3 L'accés a la medicació del servei o dipòsit de farmàcia haurà d'estar organitzat durant les 24 hores de tots els dies. La direcció mèdica del centre establirà, d'acord amb el responsable dels serveis farmacèutics, un sistema que garanteixi l'accés a la medicació d'urgència quan no hi hagi farmacèutic en presència física en el centre.

—15 *Bancs de sang i dipòsits de sang*

L'hospital haurà de tenir assegurat permanentment el subministrament de sang mitjançant un banc de sang o un dipòsit, de conformitat amb l'Ordre de 29 de setembre de 1986, de desplegament del Programa de donació i transfusió sanguínia (DOGC núm. 751, de 10.10.1986), i també de les normatives.

—16 *Dietètica*

16.1 L'hospital durà a terme les funcions de dietètica necessàries per tal de garantir la nutrició dels malalts.

16.2 Quan aquestes funcions siguin de suport assistencial el professional responsable podrà ser un metge, un farmacèutic o un titulat sanitari de grau mitjà amb experiència en el camp de la dietètica i la nutrició.

16.3 A més de la dieta normal del centre, caldrà tenir establertes i desenvolupades com a mínim les dietes següents:

a) Dietes líquides.
b) Dietes per sonda.
c) Dietes per a patologia digestiva.
d) Dietes per a diabètics.
e) Dietes hipoproteiques.
f) Dietes hipocalòriques.
g) Dietes hiposòdiques per a dietes bàsiques i per a les variacions esmentades.

16.4 Les dietes s'oferiran en variacions de consistència (tova, triturada) i la seva rotació ha de ser, com a mínim, setmanal.

16.5 El hospitals infantils o els que disposin d'unitat de pediatria hauran de tenir els protocols de dietes apropiades. Es disposarà també d'una normativa específica per a la preparació d'aliments per a infants lactants.

16.6 Caldrà disposar d'un petitori amb especificacions de totes les dietes perquè pugui ser consultat a les unitats d'hospitalització. En el petitori s'hauran d'identificar les dietes i fer-hi constar les indicacions i característiques bàsiques referents a la seva qualitat.

16.7 Les dietes hauran de comptar amb un sistema identificador per tal d'evitar confusions en la prescripció i distribució.

16.8 La planificació del menú es lliurarà a totes les unitats d'hospitalització i caldrà que estigui exposada en un lloc visible per al personal assistencial.

—17 *Bloc quirúrgic general*

17.1 L'hospital haurà de disposar d'un bloc quirúrgic que tindrà la consideració d'unitat funcional.

17.2 El bloc quirúrgic haurà de tenir espais diferenciats que permetin realitzar les funcions següents:

a) Control i supervisió.
b) Pre-quiròfan per a la inducció anestèsica i un espai diferenciat per a neteja de mans.
c) Intervenció quirúrgica.
d) Recuperació postquirúrgica.
e) Descans de personal.
f) Serveis i vestidors.
g) Emmagatzematge de material estèril.
h) Emmagatzematge de material brut on caldrà disposar d'un abocador.

17.3 El bloc quirúrgic disposarà d'espais, circulacions i instal·lacions tècniques adequades per tal de garantir les màximes condicions d'asèpsia.

17.4 En qualsevol cas, l'accés del personal i material al quiròfan es realitzarà en condicions de màxima asèpsia i sense que l'evacuació del material brut alteri aquestes condicions.

17.5 Caldrà disposar d'un sistema d'esterilització ràpid independent del general.

17.6 El bloc quirúrgic haurà de tenir normes escrites, aprovades per les direccions mèdica i d'infermeria de l'hospital referents a:

a) Funcionament i circulació.
b) Protocols d'asèpsia.

17.7 Caldrà tenir per escrit la programació diària de les intervencions a realitzar en el bloc quirúrgic en la qual constin el nom i els cognoms, l'edat i el sexe del malalt; el tipus d'intervenció i l'especialitat; el nom i els cognoms del/s cirurgià/ans i de l'anestesista; el quiròfan i l'hora d'intervenció.

17.8 Els serveis centrals de suport hauran d'estar informats de la programació de les intervencions el dia abans a la seva realització.

17.9 Hi haurà una persona responsable del compliment de les normes citades en els punts 7 i 8 d'aquest apartat.

17.10 Qualsevol malalt sotmès a intervenció quirúrgica programada haurà de ser prèviament revisat en consulta pre-operatòria segons el protocol establert pel centre. En l'informe de la revisió haurà de constar el nom del metge que la realitza, i quedarà incorporat a la història clínica del malalt.

17.11 S'haurà de disposar d'un informe de les incidències de l'activitat quirúrgica, que s'incorporarà a la història clínica, on constaran les dades següents:
Nom i cognoms del malalt.
Edat i sexe del malalt.
Nom i cognoms del primer cirurgià.
Nom i cognoms del cirurgià ajudant.
Nom i cognoms de l'anestesista.
Tipus d'anestèsia.
Nom i cognoms de l'ATS/DI.
Identificació del quiròfan.
Hora d'entrada i de sortida del quiròfan.
Tipus d'intervenció.
Transfusions realitzades.
Hora de començament i final de la intervenció.

17.12 Cada equip quirúrgic haurà de disposar del cirurgià corresponent, d'un metge ajudant, d'un anestesista i d'un ATS/DI.

17.13 Caldrà disposar d'un quiròfan per a la realització de cirurgia sèptica.

—18 *Tocologia*

18.1 El responsable de la unitat de tocologia haurà de ser un metge especialista en obstetrícia i ginecologia.

18.2 La unitat haurà de disposar dels espais diferenciats següents:

a) Àrea/àrees de dilatació.
b) Sala/sales de parts.
c) Zona neta amb magatzem de material estèril.
d) Zona de material brut.
e) Vestidor i serveis per al personal.

18.3 La unitat de tocologia haurà de tenir un accés fàcil i ràpid a:

a) Material, equipament i medicació de reanimació cardiorrespiratòria i un monitor desfibril·lador.
b) Quiròfan.

18.4 Per a l'atenció dels parts el centre haurà de garantir com a mínim:

a) La presència física permanent d'una llevadora.

b) La localització urgent d'un tocòleg, d'un ajudant quirúrgic, d'un anestesista i d'un pediatre.

18.5 Les unitats de tocologia tindran establert per escrit un protocol d'atenció a l'embaràs normal i patològic i, dins d'aquest, d'atenció a la hipertensió arterial, la diabetis i l'hemorràgia. Disposaran també d'un protocol escrit d'atenció al part, al puerperi i al nounat.

18.6 Caldrà disposar d'un equip de reanimació per al nounat que inclogui com a mínim instrumentació i material d'intubació i aspiració, com també respirador manual.

18.7 El centre haurà de tenir com a mínim dues incubadores, una d'elles portàtil.

18.8 La unitat de tocologia haurà d'estar connectada a la unitat de pediatria del centre o, en cas que no n'hi hagi, a la d'un altre hospital. En aquest últim cas la vinculació constarà documentalment.

18.9 Tot nounat serà sotmès a revisió pel pediatre en un temps màxim de 24 hores des del naixement. L'informe d'aquesta revisió quedarà reflectit a la història clínica.

18.10 El centre haurà de disposar d'un sistema per a la identificació immediata dels nounats.

18.11 S'elaborarà documentació clínica pròpia per al nounat que caldrà incorporar a la història clínica de la mare.

18.12 Hauran de practicar-se les proves indicades en el Pla de detecció precoç de metabolopaties, del Departament de Sanitat i Seguretat Social, a tots els nounats.

18.13 Tots els nounats fills de mares HBsAg+ seran immunitzats contra l'hepatitis B, d'acord amb l'Ordre de 17 de juny de 1986 (DOGC núm. 749, de 6.10.1986).

18.14 En cas de mort de la mare i/o mort perinatal, caldrà fer l'avaluació específica del fet i s'adjuntarà un informe a les corresponents històries clíniques.

Hi haurà un registre de mortalitat materna en el part i puerperi i també un registre de mortalitat perinatal.

18.15 Caldrà disposar d'un registre de nounats on constin tant les dades d'identificació d'aquests com les assistencials.

Criteris d'acreditació en relació amb les unitats complementàries de diagnòstic

—19 *Unitat de diagnòstic per la imatge*

19.1 L'hospital haurà de comptar amb una unitat capacitada per realitzar les exploracions radiològiques bàsiques.

El responsable de la unitat de diagnòstic per la imatge haurà de ser un metge radiòleg amb titulació de supervisor d'instal·lacions de radiodiagnòstic.

19.2 L'hospital garantirà el compliment de la reglamentació sobre protecció contra radiacions ionitzants tant pel que fa als espais d'aquesta unitat com al personal que hi treballa.

19.3 Aquesta unitat disposarà de les àrees següents:

a) Recepció.
b) Àrea d'espera.
c) Sales d'exploracions.
d) Àrea de revelatge de les proves diagnòstiques.
e) Àrea de treball (estudis, informes, sessions, etc.).
f) Àrea de descans i wàter per al personal.
g) Vestidors i wàter per als pacients.

19.4 L'accés a la unitat serà fàcil per als malalts procedents de les unitats d'hospitalització, de l'àrea quirúrgica, de la unitat d'urgències i de l'àrea de consultes externes.

19.5 Els accessos a la unitat i a les àrees d'espera de malalts ingressats i ambulatoris hauran d'estar separats. Quan no sigui possible la separació física esmentada, es programaran les exploracions d'uns malalts i els altres en horaris diferents.

19.6 A totes les sol·licituds d'exploracions s'hi haurà de consignar per escrit, a més de les dades d'identificació i procedència del malalt, la justificació i el nivell d'urgència de la prova i la signatura del metge que sol·licita l'exploració.

19.7 En els casos d'exploracions que comportin risc per al malalt s'haurà de disposar de personal i equipaments necessaris durant el temps que duri la prova per tal d'atendre les reaccions adverses que es puguin presentar.

19.8 Els informes del metge radiòleg s'incorporaran a la història clínica del malalt.

19.9 La unitat haurà de disposar d'un conjunt de protocols de preparació i aplicació de les exploracions que es duguin a terme que hauran d'incloure també les recomanacions als malalts.

—20 *Laboratori*

20.1 L'hospital comptarà amb una unitat de laboratori, ja sigui pròpia o concertada, capacitada per realitzar les determinacions bàsiques d'anàlisis clíniques.

20.2 Hi haurà un responsable últim de la unitat, que serà un facultatiu analista.

20.3 La unitat haurà de comptar amb els espais següents:

a) Zona de recepció.
b) Sala d'espera amb wàter per als malalts.
c) Zona d'extraccions i presa de mostres amb lliteres o butaques.
d) Zona de treball.
e) Zona de neteja de material.
f) Wàter per al personal.

20.4 El laboratori cobrirà les necessitats de peticions urgents durant 24 hores i tots els dies de l'any, mitjançant un petitori d'analítiques específic.

20.5 El centre disposarà d'un petitori bàsic i específic de proves analítiques urgents.

20.6 Les peticions de determinacions es faran per escrit i estaran signades pel metge que les sol·liciti. Els resultats s'adjuntaran a la història clínica del malalt.

20.7 S'establiran per escrit els procediments de recollida, preparació de mostres i resultats.

20.8 Caldrà disposar de mètodes interns i externs de control de qualitat, demostrables documentalment.

—21 *Anatomia patològica*

21.1 L'hospital disposarà d'unitat d'anatomia patològica, ja sigui pròpia o concertada, capacitada per realitzar estudis pre-operatoris.

21.2 El responsable de la unitat haurà de ser un metge especialista en anatomia patològica.

21.3 La unitat d'anatomia patològica tindrà com a mínim els espais següents:

a) Àrea de recepció de mostres.
b) Zona de treball.
c) Arxiu de preparacions i blocs.

21.4 Tots els estudis anatomopatològics s'adjuntaran dels informes corresponents que s'incorporaran a la història clínica del malalt.

21.5 Es duran a terme controls periòdics del temps transcorregut entre la sol·licitud i l'informe anatomopatològic dels teixits extirpats que constaran per escrit.

21.6 La unitat disposarà de protocols d'actuació *post mortem* elaborats des d'un punt de vista científic, higiènic i legal. Es disposarà també de protocols específics per als casos en què s'hagi produït donació d'òrgans i/o teixits.

21.7 S'haurà de realitzar l'anatomia patològica dels teixits extirpats en acte quirúrgic.

Criteris d'acreditació en relació amb el suport assistencial.

—22 *Documentació clínica*

22.1 Es disposarà d'una història clínica unificada de tota persona atesa en el centre, les dades de la qual tindran caràcter confidencial.

22.2 La història clínica recollirà tota la informació clínica del malalt, com altres dades rellevants que hi estiguin directament relacionades.

Les dades registrades hauran de ser objectives, intel·ligibles i el més completes possible.

22.3 Tota història clínica haurà d'incloure com a mínim:

Número d'identificació de la història.
Nom i cognoms del malalt.
Data de naixement.
Sexe.
Residència habitual (adreça i telèfon).
Data d'assistència i/o d'ingrés i motiu (en cas d'assistència urgent cal consignar també l'hora).
Unitat/servei, habitació i llit on es troba ingressat el malalt.
Facultatiu responsable del malalt.
Procedència del malalt (domicili, metge de capçalera, hospital, etc).
Via d'ingrés (urgències, programat).
Antecedents al·lèrgics i/o reaccions adverses.
Transfusions prèvies.
Nom, adreça i telèfon de la persona que cal avisar en cas necessari.
Indicació, si s'escau, d'actuació judicial.

22.4 La història clínica del malalt haurà d'incloure els apartats següents:

a) Antecedents familiars i personals.
b) Malaltia actual.
c) Exploració física.
d) Resultats de les tècniques i exploracions complementàries (analítica, radiologia, altres).
e) Orientació diagnòstica.
f) Prescripcions mèdiques, observacions i curs clínic.
g) Documentació d'infermeria, que ha de contenir:
Full d'acolliment i valoració.
Full de planificació de les cures d'infermeria.
Full de control de paràmetres.
Full d'observacions d'infermeria.
Full de teràpia farmacològica.
h) Autorització d'intervenció o exploracions especials.
i) Examen pre-operatori.
j) Full d'anestèsia.
k) Full d'intervenció.
l) Informe d'alta.
m) Full d'autorització de trasplantament d'òrgans, si es produeix.
n) Full d'autorització de necròpsia, si n'hi ha, i/o informe del resultat d'aquesta.
o) Informe social, si n'hi ha.
p) Informes mèdics tramesos a l'autoritat judicial, si s'escau.
q) Document d'alta voluntària, si es produeix.

22.5 L'arxiu de documentació clínica funcionarà de manera centralitzada per a tot l'hospital, tot garantint l'accés a aquesta durant les 24 hores de tots els dies de l'any.

22.6 Hi haurà una persona responsable de l'arxiu d'històries clíniques.

22.7 Caldrà disposar d'un sistema de petició i devolució d'històries clíniques a l'arxiu.

22.8 Caldrà garantir la conservació de la documentació de l'arxiu.

—23 *Biblioteca*

23.1 Els hospitals hauran de disposar d'un espai destinat a biblioteca que facilitarà infor-

mació i documentació sanitàries a tot el personal del centre que ho sol·liciti.

23.2 Hi haurà una persona responsable de l'organització, conservació i difusió del fons de la biblioteca.

—24 *Esterilització*

24.1 L'hospital haurà de disposar d'una unitat d'esterilització, ja sigui pròpia o concertada. En qualsevol dels casos, hi haurà un professional sanitari responsable d'aquesta àrea en el mateix centre.

24.2 L'àrea d'esterilització comptarà amb espais diferenciats d'acord amb cada nivell de contaminació.

24.3 El lliurament i trasllat de material estèril s'haurà de fer de manera que garanteixi les condicions idònies d'asèpsia.

24.4 El temps límit d'utilització del material estèril haurà de consignar-se en cada embalatge.

24.5 El circuit del material brut no podrà creuar-se amb el circuit del material net i estèril.

24.6 En totes les àrees quirúrgiques es disposarà d'un sistema independent d'esterilització ràpida.

24.7 S'haurà de garantir el control de la qualitat del procés d'esterilització.

24.8 S'hauran de portar a terme periòdicament controls bacteriològics que es registraran documentalment.

24.9 El material estèril anirà embalat en unitats de consum.

24.10 Hi haurà normes escrites sobre tipus de tractament del material, sistemes d'embalatge, temps límit d'utilització i sistemes de control de l'esterilització.

Criteris d'acreditació en relació amb les unitats d'hoteleria.

—25 *Cuina*

25.1 L'hospital disposarà d'una unitat de cuina pròpia o concertada. Hi haurà una persona responsable que supervisarà tot el procés de preparació dels aliments.

25.2 La unitat haurà de disposar dels espais que permetin realitzar les funcions següents:

Emmagatzematge de queviures.

Refrigeració-congelació dels aliments.

Preparació d'aliments, cocció i col·locació en els plats.

Rentada de vaixella i estris.

Eliminació de deixalles i residus.

25.3 Es disposarà dels equipaments següents:

a) Cambres frigorífiques i congeladors amb aparells de control de temperatura i humitat.

b) Extractors de fums a les zones on es produeixin i en nombre adequat al volum de treball.

c) Rentamans distribuïts a les zones properes a les àrees de manipulació dels aliments.

25.4 Tot el personal de cuina disposarà de carnet de manipulador d'aliments actualitzat.

25.5 S'han de prendre les mesures higièniques necessàries per a la correcta preparació i distribució dels aliments, per a la seva conservació en magatzems i cambres frigorífiques i per assegurar la distribució d'aquests a la temperatura i presentació adequades.

25.6 Les deixalles hauran d'eliminar-se directament a l'exterior o hauran de ser transportades en bosses segellades.

—26 *Bugaderia*

26.1 L'hospital disposarà d'una unitat de bugaderia que pot ser pròpia o concertada. En qualsevol dels casos hi haurà una persona responsable de la unitat al mateix hospital.

26.2 Hi haurà una àrea diferenciada per a emmagatzematge de roba neta.

26.3 Es disposarà del suficient nombre de peces per poder canviar diàriament la roba de llit i d'ús personal del pacient les vegades que sigui necessari.

26.4 Es disposarà també de normativa escrita sobre embalatge, identificació, transport i tractament de la roba contaminada.

26.5 La roba contaminada s'haurà de transportar en bosses segellades i en contenidors tancats i diferenciats tant dels de la roba bruta com dels de la roba neta.

—27 *Neteja*

27.1 L'hospital disposarà d'unitat de neteja que pot ser pròpia o concertada. En ambdós casos, hi haurà una persona responsable de la unitat en el mateix centre que supervisi la neteja i que es responsabilitzi del compliment de la normativa establerta dins el mateix hospital.

27.2 L'hospital disposarà de normativa escrita en relació amb la neteja, l'embalatge, la identificació, el transport i l'eliminació de material brut i contaminat, i es farà consideració especial a les àrees de més risc.

27.3 La persona o comitè responsable del control de la infecció hospitalària participarà en la confecció de la normativa esmentada en el punt anterior, com també en el control i l'avaluació de les àrees de més risc.

27.4 Es disposarà d'espais per a dipòsit de material de neteja i abocadors en nombre suficient per cobrir totes les unitats funcionals del centre.

27.5 El material brut haurà de circular en contenidors tancats i el contaminat s'haurà de transportar en bosses segellades i identificades i igualment en contenidors tancats diferenciats dels del material brut.

27.6 L'hospital garantirà, amb mitjans propis o aliens, el tractament adequat dels residus citostàtics i qualsevol tipus de residu que pugui comprometre la salut de les persones que hi estan exposades.

(90.333.070)

*

DEPARTAMENT D'AGRICULTURA, RAMADERIA I PESCA

CORRECCIÓ D'ERRADES

a l'Ordre de 10 de juny de 1991, per la qual es fixen les instruccions generals per a la redacció, l'aprovació i la revisió dels plans tècnics de gestió i millora forestal a aplicar en els terrenys forestals de propietat privada de Catalunya (DOGC 1462, pàg. 3609, de 3.7.1991).

Havent observat diverses errades en el text de l'Ordre esmentada, tramès al DOGC i publicat en el número 1462, pàg. 3609, de 3.7.1991, se'n detalla l'oportuna correcció:

A l'article 4.9, pàg. 3609, on diu:

"...es realitzarà en forma de fites en les quals es reflectiran...",

ha de dir:

"...es realitzarà en forma de fitxes en els quals es reflectiran...".

A l'article 4.13, pàg. 3610, on diu:

"També caldrà regrafiar les zones...",

ha de dir:

"També caldrà grafiar les zones...".

(91.198.022)

*

3. BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO núm.102.Ley 14/1986.

I. Disposiciones generales

JEFATURA DEL ESTADO

10498 *LEY ORGANICA 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.*

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren,

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley orgánica:

Artículo primero

Al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

Artículo segundo

Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

Artículo tercero

Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

Artículo cuarto

Cuando un medicamento o producto sanitario se vea afectado por excepcionales dificultades de abastecimiento y para garantizar su mejor distribución, la Administración Sanitaria del Estado, temporalmente, podrá:

a) Establecer el suministro centralizado por la Administración.

b) Condicionar su prescripción a la identificación de grupos de riesgo, realización de pruebas analíticas y diagnósticas, cumplimentación de protocolos, envío a la autoridad sanitaria de información sobre el curso de los tratamientos o a otras particularidades semejantes.

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta Ley orgánica.

Palacio de la Zarzuela, Madrid a 14 de abril de 1986.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,
FELIPE GONZALEZ MARQUEZ

10499 *LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren,

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley:

I

De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad.

Es, en efecto, un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.

Es conocido que el primer ensayo de poner al día las técnicas de intervención pública en los problemas de salud de la colectividad lo constituyó el proyecto de Código Sanitario de 1822, cuya aprobación frustraron en su momento las disputas acerca de la exactitud científica de los medios técnicos de actuación en que pretendía apoyarse. Con este fracaso, la consolidación de un órgano ejecutivo bien dotado y flexible, acomodado en cuanto a su organización a las nuevas técnicas de administración que tratan de abrirse camino en España en los primeros años de la pasada centuria, tiene que esperar hasta la aprobación de la Ley de 28 de noviembre de 1855, que consagra la Dirección General de Sanidad, creada muy pocos años antes. Esta Ley extenderá su vigencia durante una larguísima época, aunque no en razón a sus excelencias, sino a la imposibilidad de llegar a un acuerdo sobre un nuevo texto de Ley sanitaria, cuya formulación se ensaya con reiteración durante los últimos años del siglo pasado y primeros del presente, sin conseguir definitiva aprobación. Ante la imposibilidad de sacar adelante una Ley nueva, la reforma siguiente se establece por Real Decreto, en concreto por el de 12 de enero de 1904, que aprueba la Instrucción General de Sanidad, norma que, a pesar de haberse mantenido vigente en parte hasta fechas muy próximas, apenas si alteró el dispositivo de la organización pública al servicio de la Sanidad. Es, pues, el esquema organizativo de 1855 (cambiando por épocas el nombre de la Dirección General de Sanidad por el de Inspección General de Sanidad) el que trasciende al siglo que lo vio nacer y se asienta en nuestro sistema con una firmeza sorprendente.

La Ley de 1944, aunque innovadora en algunos extremos, asumió la planta estructural recibida, que no altera, sino que perpetuará. El esquema organizativo es, en efecto, el mismo de 1855, basado en una Dirección General de Sanidad, recrecida, como órgano supremo. La idea de contenido de las responsabilidades públicas en este sector es también decimonónica: A la Administración Pública le cumple atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto, le compete desarrollar una acción de prevención, en suma. La función asistencial, el problema de la atención a los problemas de la salud individual, quedan al margen.

El estancamiento de la específica organización pública al servicio de la Sanidad no significará, sin embargo, una desatención de todos los problemas nuevos, sino la ruptura del carácter unitario de esa organización, que se fragmenta en diversos subsistemas que se ordenan separadamente, respondiendo a principios y finalidades propias, al margen de una dirección unitaria. En efecto, a las funciones preventivas tradicionales se sumarán otras nuevas, relativas al medio ambiente, la alimentación, el saneamiento, los riesgos laborales, etc., que harán nacer estructuras públicas nuevas a su servicio. Las funciones asistenciales crecen y se dispersan igualmente. Las tradicionales sólo se referían a la prevención o asistencia de algunas enfermedades de particular trascendencia social (la tuberculosis, enfermedades mentales, etc.). Estas atenciones asistenciales tradicionales se asumen con responsabilidad propia por diferentes Administraciones Públicas (Estado, Diputaciones) que funcionan sin ningún nexo de unión en la formulación de las respectivas políticas sanitarias. Ninguna de ellas se dirige, sin embargo, a la atención del individuo concreto, si la enfermedad que padece no es alguna de las singularizadas por su trascendencia. El dogma que perdura es el decimonónico de la autosuficiencia del individuo para atender sus problemas de salud. Cuando ese dogma se quiebra a ojos vista en virtud del crecimiento de un sistema de previsión dirigido a los trabajadores, también ese sistema crea sus propias estructuras sanitarias que se establecen al margen de la organización general, y funcionan conforme a políticas e impulsos elaborados con separación, aunque explicados por las nuevas necesidades y avances tanto en el campo de la salud

y enfermedad como en los nuevos criterios que se van imponiendo de cobertura social y asistencia sanitaria.

Puede decirse sin hipérbole que la necesidad de proceder a una reforma del sistema que supere el estado de cosas descrito se ha visto clara por todos cuantos han tenido responsabilidades en el ramo de la Sanidad, desde el día siguiente a la aprobación de la Ley de Bases de 1944. Probaría este aserto una indagación sumaria de los archivos de la Administración, donde pueden encontrarse sucesivos intentos de reforma que, sin embargo, no han visto otra luz que la de los despachos de los Ministerios.

Ante la imposibilidad o la falta de convicción en la necesidad de organizar un sistema sanitario que integrase tantas estructuras dispersas, se ha asentado la idea de que, manteniendo separadas las diversas estructuras sanitarias públicas, la coordinación podría ser la respuesta a las necesidades de racionalización del sistema. El ensayo es ya viejo. Se intenta implantar primero en el ámbito de las Administraciones locales con la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de junio de 1934. Luego, con carácter más general y también en el ámbito de los servicios centrales, con la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962, y mediante la creación de un extensísimo número de Comisiones Interministeriales, que fluyen como un verdadero aluvión, planteando al final el problema de coordinar a los órganos coordinadores.

Paralelamente, en el año 1942, mediante Ley de 14 de diciembre, se constituye el Seguro Obligatorio de Enfermedad, bajo el Instituto Nacional de Previsión. Este sistema de cobertura de los riesgos sanitarios, alcanzado a través de una cuota vinculada al trabajo, se ha desarrollado enormemente como consecuencia del proceso paulatino de expansión económica que ha surgido en nuestro país desde 1950, pero especialmente en los sesenta y principios de los setenta. El Seguro Obligatorio de Enfermedad, desde su creación y su posterior reestructuración mediante el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo –por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en el que se cristaliza el actual sistema de Seguridad Social– hasta hoy, ha ido asumiendo mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones y, al mismo tiempo, ha sido un sistema que ha ido progresivamente incluyendo mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de Seguro Sanitario. En la actualidad este sistema sanitario de Seguridad Social está muy evolucionado, siendo gestor autónomo de una estructura sanitaria extendida por todo el territorio nacional, constituyendo la red sanitaria más importante de nuestro país.

Aunque con la creación, ya en tiempos muy recientes, de un Ministerio de Sanidad, se han podido mejorar algunos de los problemas recibidos, no es menos cierto que se ha mantenido una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, derrochándose las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo. No obstante, ha sido posible mantener un nivel razonablemente eficiente de nuestra Sanidad que, sin duda, podrá mejorarse y hacer más rentable y eficaz si se impulsa con firmeza el establecimiento de un nuevo sistema unitario adaptado a las nuevas necesidades.

II

A las necesidades de reforma a las que se acaba de aludir, nunca cumplimentadas en profundidad, han venido a sumarse, para apoyar definitivamente la formulación de la presente Ley General de Sanidad, dos razones de máximo peso, por provenir de nuestra Constitución, que hacen que la reforma del sistema no pueda ya demorarse. La primera es el reconocimiento en el artículo 43 y en el artículo 49 de nuestro texto normativo fundamental del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo. La segunda, con mayor incidencia aún en el plano de lo organizativo, es la institucionalización, a partir de las previsiones del título VIII de nuestra Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad.

La Ley da respuesta al primer requerimiento constitucional aludido, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, si bien, por razones de crisis económica que no es preciso subrayar, no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones sino que programa su aplicación paulatina, de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes, cuyo incremento no va necesariamente ligado a las medidas de reforma de las que, en una primera fase, por la mayor racionalización que introduce en la Administración, puede esperarse lo contrario.

La incidencia de la instauración de las Comunidades Autónomas en nuestra organización sanitaria tiene una trascendencia de primer orden. Si no se acierta a poner a disposición de las mismas, a través de los procesos de transferencias de servicios, un dispositivo sanitario suficiente como para atender las necesidades sanitarias de la población residente en sus respectivas jurisdicciones, las dificultades organizativas tradicionales pueden incrementarse, en lugar de resolverse. En efecto, si las Comunidades Autónomas sólo recibieran algunos servicios sanitarios concretos, y no bloques orgánicos completos, las transferencias de servicios pararían en la incorporación de una nueva Administración pública al ya complejo entramado de entes públicos con responsabilidades sobre el sector.

Este efecto es, sin embargo, además de un estímulo para anticipar la reforma, perfectamente evitable. El Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución, en el que la presente Ley se apoya, ha de establecer los principios y criterios substantivos que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes, que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado.

III

La directriz sobre la que descansa toda la reforma que el presente proyecto de Ley propone es la creación de un Sistema Nacional de Salud. Al establecerlo se han tenido bien presentes todas las experiencias organizativas comparadas que han adoptado el mismo modelo, separándose de ellas para establecer las necesarias consecuencias derivadas de las peculiaridades de nuestra tradición administrativa y de nuestra organización política.

El eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empañados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. El principio de integración para los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el artículo 50 de la Ley: «En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma».

Es básica la generalización de este modelo organizativo y el Estado goza, para implantarlo, de las facultades que le concede el artículo 149.1.16 de la Constitución. La integración efectiva de los servicios sanitarios es básica, no sólo porque sea un principio de reforma en cuya aplicación está en juego la efectividad del derecho a la salud que la Constitución reconoce a los ciudadanos, sino también porque es deseable asegurar una igualación de las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en fin, lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones.

Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado. La creación de los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas es, sin embargo, paulatina. Se evitan en la Ley saltos en el vacío, se procura la adopción progresiva de las estructuras y se acomoda, en fin, el ritmo de aplicación de sus previsiones a la marcha de los procesos de transferencias de servicios a las Comunidades Autónomas.

La concentración de servicios y su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas, que sustituyen a las Corporaciones Locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, precisamente en aquellas que la experiencia ha probado que el nivel municipal, en general, no es el más adecuado para su gestión, esto no significa, sin embargo, la correlativa aceptación de una fuerte centralización de servicios en ese nivel. Para evitarlo se articulan dos tipos de previsiones: La primera se refiere a la estructura de los servicios sanitarios; la segunda, a los organismos encargados de su gestión.

En cuanto a lo primero, la Ley establece que serán las Áreas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas; Áreas organizadas conforme a la indicada concepción integral de la Sanidad, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las Áreas se distribuyen, de forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa.

En segundo lugar, sin perjuicio de que el Proyecto disponga la organización de los Servicios de Salud bajo la exclusiva responsabilidad de las Comunidades Autónomas, ordenando incluso la integración en aquellos centros y establecimientos que antes venían siendo gestionados separadamente por las Corporaciones Locales, el leve efecto centralizador que pudiera resultar de esta medida, se

compensa otorgando a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de las Areas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del Area.

Debe añadirse, en fin, que la integración de servicios que la Ley postula, al consumarse precisamente y de modo principal en el nivel constituido por las Comunidades Autónomas, puede producirse sin ninguna estridencia y superando dificultades que, sin duda, se opondrían al mismo esfuerzo si el efecto integrador se intentara cumplir en el seno de la Administración estatal. En efecto, muchos servicios con responsabilidades sanitarias que operan de forma no integrada en la actualidad en el seno de la Administración estatal han sido ya transferidos, o habrán de serlo en el futuro, a las Comunidades Autónomas. Se produce así una ocasión histórica inmejorable para superar las anteriores deficiencias organizativas, integrando todos los servicios en una organización única. La Ley toma buena nota de esa oportunidad e impone los criterios organizativos básicos de que se ha hecho mención, evitando que las Comunidades Autónomas reproduzcan un modelo que ya se ha probado inconveniente, o que aún introduzca una mayor complejidad, por la vía de la especialidad, en el sistema recibido.

IV

La aplicación de la reforma que la Ley establece tiene, por fuerza, que ser paulatina, armonizarse con la sucesiva asunción de responsabilidades por las Comunidades Autónomas, y adecuarse a las disponibilidades presupuestarias en lo que concierne al otorgamiento de las prestaciones del sistema a todos los ciudadanos. Ello explica la extensión y el pormenor con que se han concebido las disposiciones transitorias.

Esa extensión no es menor en el caso de las disposiciones finales, aunque por una razón diferente. En efecto, en esas disposiciones se contienen diversos mandatos al Gobierno para que desarrolle las previsiones de la Ley General de Sanidad y autorizaciones al mismo para que refunda buena parte de la muy dispersa y abundante legislación sanitaria vigente. De esta manera, el nuevo sistema sanitario comenzará su andadura con una legislación renovada y puesta al día, donde deberán aparecer debidamente especificados los contenidos más relevantes de la regulación del sector salud.

TITULO PRELIMINAR

Del derecho a la protección de la salud

CAPITULO UNICO

Artículo uno

1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

Artículo dos

1. Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos 31, apartado 1, letras b) y c), y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula.

2. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía.

TITULO PRIMERO

Del sistema de salud

CAPITULO PRIMERO

De los principios generales

Artículo tres

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

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

3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

Artículo cuatro

1. Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes, organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere este título dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

2. Las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

Artículo cinco

1. Los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las Corporaciones territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.

2. A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las organizaciones empresariales y sindicales. La representación de cada una de estas organizaciones se fijará atendiendo a criterios de proporcionalidad, según lo dispuesto en el título III de la Ley Orgánica de Libertad Sindical.

Artículo seis

Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

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

Artículo siete

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

Artículo ocho

1. Se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.

2. Asimismo, se considera actividad básica del sistema sanitario la que pueda incidir sobre el ámbito propio de la Veterinaria de Salud Pública en relación con el control de higiene, la tecnología y la investigación alimentarias, así como la prevención y lucha contra la zoonosis y las técnicas necesarias para la evitación de riesgos en el hombre debidos a la vida animal o a sus enfermedades.

Artículo nueve

Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes.

Artículo diez

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

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

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

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

4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en

ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.

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

6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

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

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

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

7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.

9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6; debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.

10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.

11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una Institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.

12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.

13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud.

14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

Artículo once

Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios.

2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones Sanitarias.

3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

4. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la Dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta.

Artículo doce

Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución.

Artículo trece

El Gobierno aprobará las normas precisas para evitar el intrusismo profesional y la mala práctica.

Artículo catorce

Los poderes públicos procederán, mediante el correspondiente desarrollo normativo, a la aplicación de la facultad de elección de médico en la atención primaria del Area de Salud. En los núcleos de población de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la ciudad.

Artículo quince

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

2. El Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará servicios de referencia, a los que podrán acceder todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de la Comunidad Autónoma donde residan.

Artículo dieciséis

Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos. En consecuencia, los usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, así como los previstos en el artículo 80, podrán acceder a los servicios sanitarios con la consideración de pacientes privados, de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Por lo que se refiere a la atención primaria, se les aplicarán las mismas normas sobre asignación de equipos y libre elección que al resto de los usuarios.

2. El ingreso en centros hospitalarios se efectuará a través de la unidad de admisión del hospital, por medio de una lista de espera única, por lo que no existirá un sistema de acceso y hospitalización diferenciado según la condición del paciente.

3. La facturación por la atención de estos pacientes será efectuada por las respectivas administraciones de los Centros, tomando como base los costes efectivos. Estos ingresos tendrán la condición de propios de los Servicios de Salud. En ningún caso estos ingresos podrán revertir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes.

Artículo diecisiete

Las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a éstos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que les correspondan en virtud de lo dispuesto en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las normas que aprueben las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias.

CAPITULO II

De las actuaciones sanitarias del sistema de salud

Artículo dieciocho

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

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.

2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.

3. La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

4. La prestación de los productos terapéuticos precisos.

5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.

6. La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica; la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.

7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.

8. La promoción y mejora de la salud mental.
9. La protección, promoción y mejora de la salud laboral.
10. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.
11. El control sanitario de los productos farmacéuticos, otros productos y elementos de utilización terapéutica, diagnóstica y auxiliar y de aquellos otros que, afectando al organismo humano, puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.
12. Promoción y mejora de las actividades de Veterinaria de Salud Pública, sobre todo en las áreas de la higiene alimentaria, en mataderos e industrias de su competencia, y en la armonización funcional que exige la prevención y lucha contra la zoonosis.
13. La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.
14. La mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria.
15. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud.
16. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

Artículo diecinueve

1. Los poderes públicos prestarán especial atención a la sanidad ambiental, que deberá tener la correspondiente consideración en los programas de salud.
2. Las autoridades sanitarias propondrán o participarán con otros Departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre:

a) Calidad del aire.
b) Aguas.
c) Alimentos e industrias alimentarias.
d) Residuos orgánicos sólidos y líquidos.
e) El suelo y subsuelo.
f) Las distintas formas de energía.
g) Transporte colectivo.
h) Sustancias tóxicas y peligrosas.
i) La vivienda y el urbanismo.
j) El medio escolar y deportivo.
k) El medio laboral.
l) Lugares, locales e instalaciones de esparcimiento público.
m) Cualquier otro aspecto del medio ambiente relacionado con la salud.

CAPITULO III

De la salud mental

Artículo veinte

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a vivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

CAPITULO IV

De la salud laboral

Artículo veintiuno

1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral comprenderá los siguientes aspectos:

a) Promover con carácter general la salud integral del trabajador
b) Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales.
c) Asimismo se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los periodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, acomodando su actividad laboral, si fuese necesario, a un trabajo compatible durante los periodos referidos.
d) Determinar y prevenir los factores de microclima laboral en cuanto puedan ser causantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores.
e) Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos.
f) Elaborar junto con las autoridades laborales competentes un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. A estos efectos, las Empresas tienen obligación de comunicar a las autoridades sanitarias pertinentes las sustancias utilizadas en el ciclo productivo. Asimismo, se establece un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional.
g) Promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en cuanto a los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.

2. Las acciones enumeradas en el apartado anterior se desarrollarán desde las Areas de Salud a que alude el capítulo III del título III de la presente Ley.
3. El ejercicio de las competencias enumeradas en este artículo se llevará a cabo bajo la dirección de las autoridades sanitarias, que actuarán en estrecha coordinación con las autoridades laborales y con los órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo y seguridad e higiene en las Empresas.

Artículo veintidós

Los empresarios y trabajadores a través de sus organizaciones representativas participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral, en los distintos niveles territoriales.

CAPITULO V

De la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva

Artículo veintitrés

Para la consecución de los objetivos que se desarrollan en el presente capítulo, las Administraciones Sanitarias, de acuerdo con sus competencias, crearán los Registros y elaborarán los análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

Artículo veinticuatro

Las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud, serán sometidas por los órganos competentes a limitaciones preventivas de carácter administrativo, de acuerdo con la normativa básica del Estado.

Artículo veinticinco

1. La exigencia de autorizaciones sanitarias, así como la obligación de someter a registro por razones sanitarias a las Empresas o productos, serán establecidas reglamentariamente, tomando como base lo dispuesto en la presente Ley.
2. Deberán establecerse, asimismo, prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.
3. Cuando la actividad desarrollada tenga una repercusión excepcional y negativa en la salud de los ciudadanos, las Administraciones Públicas, a través de sus órganos competentes podrán decretar la intervención administrativa pertinente, con el objeto de eliminar aquélla. La intervención sanitaria no tendrá más objetivo que la eliminación de los riesgos para la salud colectiva y cesará tan pronto como aquéllos queden excluidos.

Artículo veintiséis

1. En caso de que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias adoptarán las medidas preventivas que estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de Empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.

2. La duración de las medidas a que se refiere el apartado anterior, que se fijarán para cada caso, sin perjuicio de las prórrogas sucesivas acordadas por resoluciones motivadas, no excederá de lo que exija la situación de riesgo inminente y extraordinario que las justificó.

Artículo veintisiete

Las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias, realizarán un control de la publicidad y propaganda comerciales para que se ajusten a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud y para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la misma.

Artículo veintiocho

Todas las medidas preventivas contenidas en el presente capítulo deben atender a los siguientes principios:

a) Preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.
b) No se podrán ordenar medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida.
c) Las limitaciones sanitarias deberán ser proporcionadas a los fines que en cada caso se persigan.
d) Se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de Empresa y cualesquiera otros derechos afectados.

Artículo veintinueve

1. Los centros y establecimientos sanitarios, cualesquiera que sea su nivel y categoría o titular, precisarán autorización administrativa previa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones que respecto de su estructura y régimen inicial puedan establecerse.
2. La previa autorización administrativa se referirá también a las operaciones de calificación, acreditación y registro del establecimiento. Las bases generales sobre calificación, registro y autorización serán establecidas por Real Decreto.
3. Cuando la defensa de la salud de la población lo requiera, las Administraciones Sanitarias competentes podrán establecer regímenes temporales y excepcionales de funcionamiento de los establecimientos sanitarios.

Artículo treinta

1. Todos los Centros y establecimientos sanitarios, así como las actividades de promoción y publicidad, estarán sometidos a la inspección y control por las Administraciones Sanitarias competentes.
2. Los centros a que se refiere el artículo 66 de la presente Ley estarán, además, sometidos a la evaluación de sus actividades y funcionamiento, sin perjuicio de lo establecido en los artículos 67, 88 y 89. En todo caso las condiciones que se establezcan serán análogas a las fijadas para los Centros públicos.

Artículo treinta y uno

1. El personal al servicio de las Administraciones Públicas que desarrolle las funciones de inspección, cuando ejerza tales funciones y acreditando si es preciso su identidad, estará autorizado para:

a) entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo Centro o establecimiento sujeto a esta Ley,
b) proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley y de las normas que se dicten para su desarrollo,
c) tomar o sacar muestras, en orden a la comprobación del cumplimiento de lo previsto en esta Ley y en las disposiciones para su desarrollo, y
d) realizar cuantas actuaciones sean precisas, en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen.

2. Como consecuencia de las actuaciones de inspección y control, las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la suspensión provisional, prohibición de las actividades y clausura definitiva de los Centros y establecimientos, por requerirlo la salud colectiva o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación y funcionamiento.

CAPITULO VI

De las infracciones y sanciones

Artículo treinta y dos

1. Las infracciones en materia de sanidad serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.
2. En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, la Administración pasará el tanto de culpa a la jurisdicción competente y se abstendrá de seguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme.

De no haberse estimado la existencia de delito, la Administración continuará el expediente sancionador tomando como base los hechos que los tribunales hayan considerado probados.

Las medidas administrativas que hubieran sido adoptadas para salvaguardar la salud y seguridad de las personas se mantendrán en tanto la autoridad judicial se pronuncie sobre las mismas.

Artículo treinta y tres

En ningún caso se impondrá una doble sanción por los mismos hechos y en función de los mismos intereses públicos protegidos, si bien deberán exigirse las demás responsabilidades que se deduzcan de otros hechos o infracciones concurrentes.

Artículo treinta y cuatro

Las infracciones se califican como leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de riesgo para la salud, cuantía del eventual beneficio obtenido, grado de intencionalidad, gravedad de la alteración sanitaria y social producida, generalización de la infracción y reincidencia.

Artículo treinta y cinco

Se tipifican como infracciones sanitarias las siguientes:

A) Infracciones leves.

1.ª Las simples irregularidades en la observación de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública.
2.ª Las cometidas por simple negligencia, siempre que la alteración o riesgo sanitarios producidos fueren de escasa entidad.
3.ª Las que, en razón de los criterios contemplados en este artículo, merezcan la calificación de leves o no proceda su calificación como faltas graves o muy graves.

B) Infracciones graves.

1.ª Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.
2.ª Las que se produzcan por falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.
3.ª Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves, o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.
4.ª El incumplimiento de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzcan por primera vez.
5.ª La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a sus agentes.
6.ª Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo, merezcan la calificación de graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.
7.ª La reincidencia en la comisión de infracciones leves, en los últimos tres meses.

C) Infracciones muy graves.

1.ª Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.
2.ª Las que se realicen de forma consciente y deliberada, siempre que se produzca un daño grave.
3.ª Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves, o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.
4.ª El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.
5.ª La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.
6.ª La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.
7.ª Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo y de su grado de concurrencia, merezcan la calificación de muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.
8.ª La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

Artículo treinta y seis

1. Las infracciones en materia de sanidad serán sancionadas con multas de acuerdo con la siguiente graduación:

a) Infracciones leves, hasta 500.000 pesetas.

b) Infracciones graves, desde 500.001 a 2.500.000 pesetas, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

c) Infracciones muy graves, desde 2.500.001 a 100.000.000 de pesetas, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

2. Además, en los supuestos de infracciones muy graves, podrá acordarse, por el Consejo de Ministros o por los Consejos de Gobierno de las Comunidades Autónomas que tuvieren competencia para ello, el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años. En tal caso, será de aplicación lo previsto en el artículo 57.4 de la Ley 8/1980, de 10 de marzo, por la que se aprueba el Estatuto de los Trabajadores.

3. Las cuantías señaladas anteriormente deberán ser revisadas y actualizadas periódicamente por el Gobierno, por Real Decreto, teniendo en cuenta la variación de los índices de precios para el consumo.

Artículo treinta y siete

No tendrán carácter de sanción la clausura o cierre de establecimientos, instalaciones o servicios que no cuenten con las previas autorizaciones o registros sanitarios preceptivos, o la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad.

TITULO II

De las competencias de las Administraciones Públicas

CAPITULO PRIMERO

De las competencias del Estado

Artículo treinta y ocho

1. Son competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.

2. Son actividades de sanidad exterior todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.

3. El Ministerio de Sanidad y Consumo colaborará con otros Departamentos para facilitar el que las actividades de inspección o control de sanidad exterior sean coordinadas con aquellas otras que pudieran estar relacionadas, al objeto de simplificar y agilizar el tráfico, y siempre de acuerdo con los convenios internacionales.

4. Las actividades y funciones de sanidad exterior se regularán por Real Decreto, a propuesta de los Departamentos competentes.

Artículo treinta y nueve

Mediante las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colaborará con otros países y Organismos internacionales: En el control epidemiológico; en la lucha contra las enfermedades transmisibles; en la conservación de un medio ambiente saludable; en la elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales; en la investigación biomédica y en todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la salud. Prestará especial atención a la cooperación con las naciones con las que tiene mayores lazos por razones históricas, culturales, geográficas y de relaciones en otras áreas, así como a las acciones de cooperación sanitaria que tengan como finalidad el desarrollo de los pueblos. En el ejercicio de estas funciones, las autoridades sanitarias actuarán en colaboración con el Ministerio de Asuntos Exteriores.

Artículo cuarenta

La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, desarrollará las siguientes actuaciones:

1. La determinación, con carácter general, de los métodos de análisis y medición y de los requisitos técnicos y condiciones mínimas en materia de control sanitario del medio ambiente.

2. La determinación de los requisitos sanitarios de las reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.

3. El registro general sanitario de alimentos y de las industrias, establecimientos o instalaciones que los producen, elaboran ó importan, que recogerá las autorizaciones y comunicaciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias.

4. La autorización mediante reglamentaciones y listas positivas de aditivos, desnaturalizadores, material macromolecular para la fabricación de envases y embalajes, componentes alimentarios para regímenes especiales, detergentes y desinfectantes empleados en la industria alimentaria.

5. La reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda, de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los demás productos y artículos sanitarios y de aquellos que, al afectar al ser humano, pueden suponer un riesgo para la salud de las personas. Cuando se trate de medicamentos, productos o artículos destinados al comercio exterior o cuya utilización o consumo pudiera afectar a la seguridad pública, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.

6. La reglamentación y autorización de las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los productos mencionados en el número anterior, así como la determinación de los requisitos mínimos a observar por las personas y los almacenes dedicados a su distribución mayorista y la autorización de los que ejerzan sus actividades en más de una Comunidad Autónoma. Cuando las actividades enunciadas en este apartado hagan referencia a los medicamentos, productos o artículos mencionados en el último párrafo del apartado anterior, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.

7. La determinación con carácter general de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.

8. La reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos.

9. El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios que recogerán las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus competencias.

10. La homologación de progrmas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, a efectos de regulación de las condiciones de obtención de títulos académicos.

11. La homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios.

12. Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos y de las zoonosis, así como la coordinación de los servicios competentes de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, en los procesos o situaciones que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional.

13. El establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas, de interés general supracomunitario.

14. La coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público cuando razones de interés general así lo aconsejen.

15. La elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.

16. El establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas en las materias objeto de la presente Ley.

CAPITULO II

De las competencias de las Comunidades Autónomas

Artículo cuarenta y uno

1. Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue.

2. Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas.

CAPITULO III

De las competencias de las Corporaciones Locales

Artículo cuarenta y dos

1. Las normas de las Comunidades Autónomas, al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud, deberán tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones Territoriales intracomunitarias, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía, la Ley de Régimen Local y la presente Ley.

2. Las Corporaciones Locales participarán en los órganos de dirección de las Areas de Salud.

3. No obstante, los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios:

a) Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.

b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.

c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico deportivas y de recreo.

d) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.

e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

4. Para el desarrollo de las funciones relacionadas en el apartado anterior, los Ayuntamientos deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las Areas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos.

5. El personal sanitario de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos relacionados en el apartado 3 tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidad personales y patrimoniales.

CAPITULO IV

De la Alta Inspección

Artículo cuarenta y tres

1. El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes.

2. Son actividades propias de la Alta Inspección:

a) Supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las Comunidades Autónomas y los objetivos de carácter general establecidos por el Estado.

b) Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impidan alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

c) Supervisar el destino y utilización de los fondos y subvenciones propios del Estado asignados a las Comunidades Autónomas que tengan un destino o finalidad determinada.

d) Comprobar que los fondos correspondientes a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas son utilizados de acuerdo con los principios generales de la presente Ley.

e) Supervisar la adscripción a fines sanitarios de centros, servicios o establecimientos del Estado transferidos con dicha finalidad, sin perjuicio de las reordenaciones que puedan acordar las correspondientes Comunidades Autónomas y, en su caso, las demás Administraciones Públicas.

f) Verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sanitarios, así como en los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.

g) Supervisar que el ejercicio de las competencias en materia de sanidad se ajusta a criterios de participación democrática de todos los interesados. A tal efecto se estará a lo dispuesto en el artículo 5.2 de la presente Ley.

3. Las funciones de Alta Inspección se ejercerán por los órganos del Estado competentes en materia de sanidad. Los funcionarios de la Administración del Estado que ejerzan la Alta Inspección gozarán de la consideración de autoridad pública a todos los efectos, y en sus actuaciones podrán recabar de las autoridades del Estado y de los órganos de la Comunidad Autónoma y demás Administraciones Públicas la colaboración necesaria para el cumplimiento de las funciones que les estén legalmente encomendadas.

4. Cuando como consecuencia del ejercicio de las funciones de Alta Inspección se comprueben incumplimientos por parte de la Comunidad Autónoma, las autoridades sanitarias del Estado advertirán de esta circunstancia a la misma a través del Delegado del Gobierno.

5. Si una vez efectuada dicha advertencia se comprobase que persiste la situación de incumplimiento, el Gobierno, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, requerirá formalmente al órgano competente de la Comunidad Autónoma para que adopte las medidas precisas.

6. Las decisiones que adopte la Administración del Estado en ejercicio de sus competencias de Alta Inspección, se comunicarán siempre al máximo órgano responsable del Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma.

TITULO III

De la estructura del sistema sanitario público

CAPITULO PRIMERO

De la organización general del sistema sanitario público

Artículo cuarenta y cuatro

1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud.

2. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley.

Artículo cuarenta y cinco

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

Artículo cuarenta y seis

Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

a) La extensión de sus servicios a toda la población.

b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.

c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.

d) La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.

e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Artículo cuarenta y siete

1. Se crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que estará integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado.

2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal, y coordinará, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal.

3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ejercerá también las funciones en materia de planificación que esta Ley le atribuye.

Asimismo ejercerá las funciones que le puedan ser confiadas para la debida coordinación de los servicios sanitarios.

4. Será Presidente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el Ministro de Sanidad y Consumo.

5. A los efectos previstos en el artículo 5.2 de esta Ley, se crea un Comité Consultivo vinculado con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud al que se refieren los apartados anteriores, integrado paritariamente por representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas.

Artículo cuarenta y ocho

El Estado y las Comunidades Autónomas podrán constituir comisiones y comités técnicos, celebrar convenios y elaborar los programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los Servicios Sanitarios.

CAPITULO II

De los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

Artículo cuarenta y nueve

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

Artículo cincuenta

1. En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.
2. No obstante el carácter integrado del Servicio, cada Administración Territorial podrá mantener la titularidad de los centros y establecimientos dependientes de la misma, a la entrada en vigor de la presente Ley, aunque, en todo caso, con adscripción funcional al Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma.

Artículo cincuenta y uno

1. Los Servicios de Salud que se creen en las Comunidades Autónomas se planificarán con criterios de racionalización de los recursos, de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio. La base de la planificación será la división de todo el territorio en demarcaciones geográficas, al objeto de poner en práctica los principios generales y las atenciones básicas a la salud que se enuncian en esta Ley.
2. La ordenación territorial de los Servicios será competencia de las Comunidades Autónomas y se basará en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.
3. Las Administraciones territoriales intracomunitarias no podrán crear o establecer nuevos centros o servicios sanitarios, sino de acuerdo con los planes de salud de cada Comunidad Autónoma y previa autorización de la misma.

Artículo cincuenta y dos

Las Comunidades Autónomas, en ejercicio de las competencias asumidas en sus Estatutos, dispondrán acerca de los órganos de gestión y control de sus respectivos Servicios de Salud, sin perjuicio de lo que en esta Ley se establece.

Artículo cincuenta y tres

1. Las Comunidades Autónomas ajustarán el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales.
2. Con el fin de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada Area, la Comunidad Autónoma deberá constituir, asimismo, órganos de participación en los servicios sanitarios.
3. En ámbitos territoriales diferentes de los referidos en el apartado anterior, la Comunidad Autónoma deberá garantizar una efectiva participación.

Artículo cincuenta y cuatro

Cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud.

El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Areas de Salud.

Artículo cincuenta y cinco

1. Dentro de su ámbito de competencias, las correspondientes Comunidades Autónomas regularán la organización, funciones, asignación de medios personales y materiales de cada uno de los Servicios de Salud, en el marco de lo establecido en el capítulo VI de este título.
2. Las Corporaciones Locales que a la entrada en vigor de la presente Ley vinieran desarrollando servicios hospitalarios, participarán en la gestión de los mismos, elevando propuesta de definición de objetivos y fines, así como de presupuestos anuales. Asimismo elevarán a la Comunidad Autónoma propuesta en terna para el nombramiento del Director del Centro Hospitalario.

CAPITULO III

De las Areas de Salud

Artículo cincuenta y seis

1. Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Areas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta Ley se establecen, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral.
2. Las Areas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

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

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

3. Las Areas de Salud serán dirigidas por un órgano propio, donde deberán participar las Corporaciones Locales en ellas situadas con una representación no inferior al 40 por 100, dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma.
4. Las Areas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Area. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan.
5. Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, atendidos los factores expresados en el apartado anterior, el Area de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Area.

Artículo cincuenta y siete

Las Areas de Salud contarán, como mínimo, con los siguientes órganos:

1.° De participación: El Consejo de Salud de Area.
2.° De dirección: El Consejo de Dirección de Area.
3.° De gestión: El Gerente de Area.

Artículo cincuenta y ocho

1. Los Consejos de Salud de Area son órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión, de acuerdo con lo enunciado en el artículo 5.2 de la presente Ley.
2. Los Consejos de Salud de Area estarán constituidos por:

a) La representación de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50 por 100 de sus miembros.
b) Las organizaciones sindicales más representativas, en una proporción no inferior al 25 por 100, a través de los profesionales sanitarios titulados.
c) La Administración Sanitaria del Area de Salud.

3. Serán funciones del Consejo de Salud:

a) Verificar la adecuación de las actuaciones en el Area de Salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica.
b) Orientar las directrices sanitarias del Area, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección.
c) Proponer medidas a desarrollar en el Area de Salud para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades.

d) Promover la participación comunitaria en el seno del Area de Salud.
e) Conocer e informar el anteproyecto del Plan de Salud del Area y de sus adaptaciones anuales.
f) Conocer e informar la Memoria anual del Area de Salud.

4. Para dar cumplimiento a lo previsto en los apartados anteriores, los Consejos de Salud del Area podrán crear órganos de participación de carácter sectorial.

Artículo cincuenta y nueve

1. Al Consejo de Direccion del Area de Salud corresponde formular las directrices en política de salud y controlar la gestión del Area, dentro de las normas y programas generales establecidos por la Administración autonómica.
2. El Consejo de Dirección estará formado por la representación de la Comunidad Autónoma, que supondrá el 60 por 100 de los miembros de aquél, y los representantes de las Corporaciones Locales, elegidos por quienes ostenten tal condicion en el Consejo de Salud.
3. Serán funciones del Consejo de Dirección:

a) La propuesta de nombramiento y cese del gerente del Area de Salud.
b) La aprobación del proyecto del Plan de Salud del Area, dentro de las normas, directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma.
c) La aprobación de la Memoria anual del Area de salud.
d) El establecimiento de los criterios generales de coordinación en el Area de Salud.
e) La aprobación de las prioridades especificas del Area de Salud.
f) La aprobación del anteproyecto y de los ajustes anuales del Plan de Salud del Area.
g) La elaboración del Reglamento del Consejo de Dirección y del Consejo de Salud del Area, dentro de las directrices generales que establezca la Comunidad Autónoma.

Artículo sesenta

1. El Gerente del Area de salud será nombrado y cesado por la Dirección del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, a propuesta del Consejo de Dirección del Area.
2. El Gerente del Area de Salud es el órgano de gestión de la misma. Podrá, previa convocatoria, asistir con voz, pero sin voto, a las reuniones del Consejo de Dirección.
3. El Gerente del Area de Salud será el encargado de la ejecución de las directrices establecidas por el Consejo de Dirección, de las propias del Plan de Salud del Area y de las normas correspondientes a la Administración autonómica y del Estado. Asimismo presentará los anteproyectos del Plan de Salud y de sus adaptaciones anuales y el proyecto de Memoria Anual del Area de Salud.

Artículo sesenta y uno

En cada Area de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial. Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes.

Artículo sesenta y dos

1. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Areas de Salud se dividirán en zonas básicas de salud.
2. En la delimitación de las zonas básicas deberán tenerse en cuenta:

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

Artículo sesenta y tres

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

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

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

Artículo sesenta y cuatro

El Centro de Salud tendrá las siguientes funciones:

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

Artículo sesenta y cinco

1. Cada Area de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud.
2. El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.
3. En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales.

Artículo sesenta y seis

1. Formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas la creación de una red integrada de hospitales del sector público.

Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten.

2. Los protocolos serán objeto de revisión periódica.
3. El sector privado vinculado mantendrá la titularidad de centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios.

Artículo sesenta y siete

1. La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior se realizará mediante convenios singulares.
2. El Convenio establecerá los derechos y obligaciones recíprocas en cuanto a duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones de prestación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con las disposiciones que se dicten para el desarrollo de esta Ley. El régimen de jornada de los hospitales a que se refiere este apartado será el mismo que el de los hospitales públicos de análoga naturaleza en el correspondiente ámbito territorial.
3. En cada Convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del Sistema Sanitario se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo.

El cobro de cualquier cantidad a los enfermos en concepto de atenciones no sanitarias, cualquiera que sea la naturaleza de éstas, podrá ser establecido si previamente son autorizados por la Administración Sanitaria correspondiente el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar.

4. Serán causas de denuncia del Convenio por parte de la Administración Sanitaria competente las siguientes:

a) Prestar atención sanitaria objeto de Convenio contraviniendo el principio de gratuidad.
b) Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas.

c) Infringir las normas relativas a la jornada y al horario del personal del hospital establecidas en el apartado 2.

d) Infringir con carácter grave la legislación laboral de la Seguridad Social o fiscal.

e) Lesionar los derechos establecidos en los artículos 16, 18, 20 y 22 de la Constitución cuando así se determine por Sentencia.

f) Cualesquiera otras que se deriven de las obligaciones establecidas en la presente Ley.

5. Los hospitales privados vinculados con el Sistema Nacional de la Salud estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados.

Artículo sesenta y ocho

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

Artículo sesenta y nueve

1. En los Servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos.

2. La evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

La Administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de calidad asistencial oídas las Sociedades científicas sanitarias.

Los Médicos y demás profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo.

3. Todos los Hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial.

CAPITULO IV

De la coordinación general sanitaria

Artículo setenta

1. El Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias, en los que se preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar, anual o plurianualmente.

2. La Coordinación General Sanitaria incluirá:

a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y de personal sanitario y los mapas sanitarios nacionales.

b) La determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.

c) El marco de actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.

3. El Gobierno elaborará los criterios generales de coordinación sanitaria de acuerdo con las previsiones que le sean suministradas por las Comunidades Autónomas y el asesoramiento y colaboración de los sindicatos y organizaciones empresariales.

4. Los criterios generales de coordinación aprobados por el Estado se remitirán a las Comunidades Autónomas para que sean tenidos en cuenta por éstas en la formulación de sus planes de salud y de sus presupuestos anuales. El Estado comunicará asimismo a las Comunidades Autónomas los avances y previsiones de su nuevo presupuesto que puedan utilizarse para la financiación de los planes de salud de aquéllas.

Artículo setenta y uno

1. El Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer planes de salud conjuntos. Cuando estos planes conjuntos impliquen a todas las Comunidades Autónomas, se formularán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2. Los planes conjuntos, una vez formulados, se tramitarán por el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y por el órgano competente de las Comunidades Autónomas, a los efectos de obtener su aprobación por los órganos legislativos correspondientes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 de la Ley orgánica para la Financiación de las Comunidades Autónomas.

Artículo setenta y dos

Las Comunidades Autónomas podrán establecer planes en materia de su competencia en los que se proponga una contribución financiera del Estado para su ejecución, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 158.1 de la Constitución.

Artículo setenta y tres

1. La coordinación general sanitaria se ejercerá por el Estado, fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud.

2. Como desarrollo de lo establecido en los planes o en el ejercicio de sus competencias ordinarias, el Estado y las Comunidades Autónomas podrán elaborar programas sanitarios y proyectar acciones sobre los diferentes sectores o problemas de interés para la salud.

Artículo setenta y cuatro

1. El Plan Integrado de Salud, que deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria elaborados por el Gobierno de acuerdo con lo previsto en el artículo 70, recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. Asimismo relacionará las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación.

2. El Plan Integrado de Salud tendrá el plazo de vigencia que en el mismo se determine.

Artículo setenta y cinco

1. A efectos de la confección del Plan Integrado de Salud, las Comunidades Autónomas remitirán los proyectos de planes aprobados por los Organismos competentes de las mismas, de acuerdo con lo establecido en los artículos anteriores.

2. Una vez comprobada la adecuación de los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas a los criterios generales de coordinación, el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado confeccionará el Plan Integrado de Salud, que contendrá las especificaciones establecidas en el artículo 74 de la presente Ley.

Artículo setenta y seis

1. El Plan Integrado de Salud se entenderá definitivamente formulado una vez que tenga conocimiento del mismo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que podrá hacer las observaciones y recomendaciones que estime pertinentes. Corresponderá al Gobierno la aprobación definitiva de dicho Plan.

2. La incorporación de los diferentes planes de salud estatales y autonómicos al Plan Integrado de Salud implica la obligación correlativa de incluir en los presupuestos de los años sucesivos las previsiones necesarias para su financiación, sin perjuicio de las adaptaciones que requiera la coyuntura presupuestaria.

Artículo setenta y siete

1. El Estado y las Comunidades Autónomas podrán hacer los ajustes y adaptaciones que vengan exigidos por la valoración de circunstancias o por las disfunciones observadas en la ejecución de sus respectivos planes.

2. Las modificaciones referidas serán notificadas al Departamento de Sanidad de la Administración del Estado para su remisión al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

3. Anualmente, las Comunidades Autónomas informarán al Departamento de Sanidad de la Administración del Estado del grado de ejecución de sus respectivos planes. Dicho Departamento remitirá la citada información, junto con la referente al grado de ejecución de los planes estatales, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO V

De la financiación

Artículo setenta y ocho

Los Presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social consignarán las partidas

precisas para atender las necesidades sanitarias de todos los Organismos e Instituciones dependientes de las Administraciones Públicas y para el desarrollo de sus competencias.

Artículo setenta y nueve

1. La financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a:

a) Cotizaciones sociales.
b) Transferencias del Estado, que abarcarán:

La participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad Social.

La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos.

La compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud.

c) Tasas por la prestación de determinados servicios.
d) Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.

2. La participación en la financiación de los servicios de las Corporaciones Locales que deban ser asumidos por las Comunidades Autónomas se llevará a efecto, por un lado, por las propias Corporaciones Locales y, por otro, con cargo al Fondo Nacional de Cooperación con las Corporaciones Locales.

Las Corporaciones Locales deberán establecer, además, en sus presupuestos las consignaciones precisas para atender a las responsabilidades sanitarias que la Ley les atribuye.

Artículo ochenta

El Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma que, de tratarse de personas sin recursos económicos, será en todo caso con cargo a transferencias estatales.

Artículo ochenta y uno

La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.

Artículo ochenta y dos

La financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará a través de los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, según corresponda.

En el caso de aquellas Comunidades Autónomas que tuvieran competencias para asumir las funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la financiación de estos servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida. No obstante, antes de efectuar el reparto se determinarán, en primer lugar, los gastos presupuestarios necesarios para la atención de los servicios comunes estatales y los relativos a centros especiales que, por su carácter, sea preciso gestionar de forma centralizada.

La desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de la población protegida será anulada en el transcurso de diez años al ritmo de un 10 por 100 anual.

Las Comunidades Autónomas elaborarán anualmente el anteproyecto del presupuesto general de gastos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social de los servicios transferidos.

Este anteproyecto se remitirá a los órganos competentes de la Administración del Estado para su integración y adaptación a los recursos disponibles del Sistema de la Seguridad Social, presentándolo después a las Cortes Generales para su aprobación.

Los créditos iniciales serán globalmente integrados en el presupuesto de cada ejercicio que se autoricen a favor de la Comunidad Autónoma y tendrán carácter limitativo. No obstante, el presupuesto liquidado a final de los servicios transferidos se afectará en la proporción adecuada, a partir del criterio de población protegida, a la desviación presupuestaria, positiva o negativa, habida en los servicios no transferidos, deducidos los gastos correspondientes a los servicios comunes estatales y los relativos proporcionalmente a centros especiales. Los compromisos de gastos que se adquieran por cuantía superior de su importe deberán ser financiados con recursos aportados por la propia Comunidad Autónoma, salvo que provengan de disposiciones vinculantes dictadas con carácter general para todo el territorio del Estado, cuyo cumplimiento lleve implícito un incremento efectivo del gasto.

La compensación entre Comunidades Autónomas por prestaciones de servicios se realizará en base al pago por proceso y, en su defecto, por las tarifas establecidas con otros criterios.

Artículo ochenta y tres

Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes.

A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados.

CAPITULO VI

Del personal

Artículo ochenta y cuatro

1. El personal de la Seguridad Social regulado en el Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, el personal de las Entidades Gestoras que asuman los servicios no transferibles y los que desempeñen su trabajo en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, se regirán por lo establecido en el Estatuto-Marco que aprobará el Gobierno en desarrollo de esta Ley, todo ello sin perjuicio de lo previsto en el artículo 87 de esta Ley.

2. Este Estatuto-Marco contendrá la normativa básica aplicable en materia de clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberes, régimen disciplinario, incompatibilidades y sistema retributivo, garantizando la estabilidad en el empleo y su categoría profesional. En desarrollo de dicha normativa básica, la concreción de las funciones de cada estamento de los señalados en el apartado anterior se establecerá en sus respectivos Estatutos, que se mantendrán como tales.

3. Las normas de las Comunidades Autónomas en materia de personal se ajustarán a lo previsto en dicho Estatuto-Marco. La selección de personal y su gestión y administración se hará por las Administraciones responsables de los servicios a que estén adscritos los diferentes efectivos.

4. En las Comunidades Autónomas con lengua oficial propia, en el proceso de selección de personal y de provisión de puestos de trabajo de la Administración Sanitaria Pública, se tendrá en cuenta el conocimiento de ambas lenguas oficiales por parte del citado personal, en los términos del artículo 19 de la Ley 30/1984.

Artículo ochenta y cinco

1. Los funcionarios al servicio de las distintas Administraciones Públicas, a efectos del ejercicio de sus competencias sanitarias, se regirán por la Ley 30/1984, de 2 de agosto, y el resto de la legislación vigente en materia de funcionarios.

2. Igualmente, las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias, podrán dictar normas de desarrollo de la legislación básica del régimen estatutario de estos funcionarios.

Artículo ochenta y seis

El ejercicio de la labor del personal sanitario deberá organizarse de forma que se estimule en los mismos la valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atenciones reparadoras de la enfermedad.

Artículo ochenta y siete

Los recursos humanos pertenecientes a los Servicios del Área se considerarán adscritos a dicha unidad de gestión, garantizando la formación y perfeccionamiento continuados del personal sanitario adscrito al Área.

El personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respeto de todas las condiciones laborales y económicas dentro del Área de Salud.

TITULO IV

De las actividades sanitarias privadas

CAPITULO PRIMERO

Del ejercicio libre de las profesiones sanitarias

Artículo ochenta y ocho

Se reconoce el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución.

CAPITULO II

De las Entidades Sanitarias

Artículo ochenta y nueve

Se reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario, conforme al artículo 38 de la Constitución.

Artículo noventa

1. las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas.

A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

2. A los efectos de establecimiento de conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo.

3. Las Administraciones Públicas Sanitarias no podrán concertar con terceros la prestación de atenciones sanitarias, cuando ello pueda contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

4. Las Administraciones Públicas dentro del ámbito de sus competencias fijarán los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a los conciertos a que se refieren los apartados anteriores. Las condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración.

5. Los centros sanitarios susceptibles de ser concertados por las Administraciones Públicas Sanitarias deberán ser previamente homologados por aquéllas, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente.

6. En cada concierto que se establezca, además de los derechos y obligaciones recíprocas de las partes, quedará asegurado que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios afectados por el concierto será la misma para todos sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza propia de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante.

Artículo noventa y uno

1. Los centros y establecimientos sanitarios, sean o no propiedad de las distintas Administraciones Públicas, podrán percibir, con carácter no periódico, subvenciones económicas u otros beneficios o ayudas con cargo a fondos públicos, para la realización de actividades sanitarias calificadas de alto interés social

2. En ningún caso los fondos a que se refiere el apartado anterior podrán ser aplicados a la financiación de las actividades ordinarias de funcionamiento del centro o establecimiento al que se le hayan concedido.

3. La concesión de estas ayudas y su aceptación por la entidad titular del centro o establecimiento sanitario estará sometida a las inspecciones y controles necesarios para comprobar que los fondos públicos han sido aplicados a la realización de la actividad para la que fueron concedidos y que su aplicación ha sido gestionada técnica y económicamente de forma correcta.

4. El Gobierno dictará un Real Decreto para determinar las condiciones mínimas y requisitos mínimos, básicos y comunes, exigibles para que una actividad sanitaria pueda ser calificada de alto interés social, y ser apoyada económicamente con fondos públicos.

Artículo noventa y dos

1. La Administración Sanitaria facilitará la libre actividad de las Asociaciones de usuarios de la Sanidad, de las Entidades sin ánimo de lucro y Cooperativas de tipo sanitario, de acuerdo con la legislación aplicable, propiciando su actuación coordinada con el sistema sanitario público.

2. No podrán acogerse a los beneficios a que diere lugar tal reconocimiento las Asociaciones o Entidades en las que concurra alguna de estas circunstancias:

a) Incluir como asociados a personas jurídicas con ánimo de lucro.

b) Percibir ayudas o subvenciones de las Empresas o agrupaciones de Empresas que suministran bienes o productos a los consumidores o usuarios.

c) Realizar publicidad comercial o no meramente informativa de servicios.

d) Dedicarse a actividades distintas de la defensa de los intereses de los consumidores o usuarios, sin perjuicio de las prestaciones que obligatoriamente deben proporcionar a sus socios las Entidades cooperativas.

e) Actuar con manifiesta temeridad, judicialmente apreciada.

Artículo noventa y tres

No podrán ser vinculados los hospitales y establecimientos del sector privado en el Sistema Nacional de Salud, ni se podrán establecer conciertos con centros sanitarios privados, cuando en alguno de sus propietarios o en alguno de sus trabajadores concurran las circunstancias que sobre incompatibilidades del sector público y el privado establezca la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

Artículo noventa y cuatro

1. Los hospitales privados vinculados en la oferta pública estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos.

2. La Administración Pública correspondiente ejercerá funciones de inspección sobre aspectos sanitarios, administrativos y económicos relativos a cada enfermo atendido por cuenta de la Administración Pública en los centros privados concertados.

TITULO V

De los productos farmacéuticos

CAPITULO UNICO

Artículo noventa y cinco

1. Corresponde a la Administración Sanitaria del Estado valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios, tanto para autorizar su circulación y uso como para controlar su calidad.

2. Para la circulación y uso de los medicamentos y productos sanitarios que se les asimilen, se exigirá autorización previa. Para los demás productos y artículos sanitarios se podrá exigir autorización previa individualizada o el cumplimiento de condiciones de homologación.

No podrán prescribirse y se reputará clandestina la circulación de medicamentos o productos sanitarios no autorizados u homologados, con las responsabilidades administrativas y penales a que hubiere lugar.

3. Sólo se autorizarán medicamentos seguros y eficaces con la debida calidad y pureza y elaborados por persona física o jurídica con capacidad suficiente.

4. El procedimiento de autorización asegurará que se satisfacen las garantías de eficacia, tolerancia, pureza, estabilidad e información que marquen la legislación sobre medicamentos y demás disposiciones que sean de aplicación. En especial se exigirá la realización de ensayos clínicos controlados.

5. Todas las personas calificadas que presten sus servicios en los Servicios sanitarios y de investigación y de desarrollo tecnológico públicos tienen el derecho de participar y el deber de colaborar en la evaluación y control de medicamentos y productos sanitarios.

Artículo noventa y seis

1. La autorización de los medicamentos y demás productos sanitarios será temporal y, agotada su vigencia, deberá revalidarse. El titular deberá notificar anualmente su intención de mantenerlos en el mercado para que no se extinga la autorización.

2. La autoridad sanitaria podrá suspenderla o revocarla por causa grave de salud pública.

Artículo noventa y siete

La Administración Sanitaria del Estado, de acuerdo con los tratados internacionales de los que España sea parte, otorgará a los medicamentos una denominación oficial española adaptada a las denominaciones comunes internacionales de la Organización Mundial de la Salud, que será de dominio público y lo identificará apropiadamente en la información a ellos referida y en sus embalajes, envases y etiquetas.

Las marcas comerciales no podrán confundirse ni con las denominaciones oficiales españolas ni con las comunes internacionales.

Artículo noventa y ocho

1. El Gobierno codificará las normas de calidad de los medicamentos obligatorias en España.

2. El Formulario Nacional contendrá las directrices según las cuales se prepararán, siempre con sustancias de acción e indicación reconocidas, las fórmulas magistrales por los farmacéuticos en sus oficinas de farmacia.

Artículo noventa y nueve

Los importadores, fabricantes y profesionales sanitarios tienen la obligación de comunicar los efectos adversos causados por medicamentos y otros productos sanitarios, cuando de ellos pueda derivarse un peligro para la vida o salud de los pacientes.

Artículo ciento

1. La Administración del Estado exigirá la licencia previa a las personas físicas o jurídicas que se dediquen a la importación, elaboración, fabricación, distribución o exportación de medicamentos y otros productos sanitarios y a sus laboratorios y establecimientos. Esta licencia habrá de revalidarse periódicamente.

2. La Administración del Estado establecerá normas de elaboración, fabricación, transporte y almacenamiento.

3. Los laboratorios fabricantes y los mayoristas contarán con un Director Técnico, Farmacéutico o Titulado Superior suficientemente cualificado, de acuerdo con las directivas farmacéuticas de la Comunidad Económica Europea.

Artículo ciento uno

1. La licencia de los medicamentos y demás productos sanitarios y de las entidades a que se refiere el artículo 96, a su otorgamiento y anualmente, devengarán las tasas necesarias para cubrir los costes de su evaluación y control. Para evitar solicitudes especulativas de licencias, modificaciones y revalidaciones periódicas, la Administración podrá exigir fianza antes de su admisión a trámite.

2. En la determinación del importe de las tasas y fianzas se tendrán en cuenta reglas objetivas tendentes a estimular la comercialización de medicamentos y productos sanitarios peculiares, para dar acceso al mercado a las Empresas medianas y pequeñas, por razones de política industrial, o para fomentar el empleo.

Artículo ciento dos

1. La publicidad de medicamentos y otros productos sanitarios dirigida a los profesionales se ajustará a las condiciones de su licencia y podrá ser sometida a un régimen de autorización previa por la Administración.

2. La publicidad de medicamentos y productos sanitarios dirigida al público requerirá su calificación especial y autorización previa de los mensajes por la autoridad sanitaria.

Artículo ciento tres

1. La custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponderá:

a) A las oficinas de farmacia legalmente autorizadas.

b) A los servicios de farmacia de los hospitales, de los Centros de Salud y de las estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones o para los que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinario de atención a la salud.

2. Las oficinas de farmacia abiertas al público se consideran establecimientos sanitarios a los efectos previstos en el título IV de esta Ley.

3. Las oficinas de farmacia estarán sujetas a la planificación sanitaria en los términos que establezca la legislación especial de medicamentos y farmacias.

4. Sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público.

TITULO VI

De la docencia y la investigación

CAPITULO PRIMERO

De la docencia en el Sistema Nacional de Salud

Artículo ciento cuatro

1. Toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales.

2. Para conseguir una mayor adecuación en la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario se establecerá la colaboración permanente entre el Departamento de Sanidad y los Departamentos que correspondan, en particular el de Educación y Ciencia, con objeto de velar porque toda la formación que reciban los profesionales de la salud pueda estar integrada en las estructuras de servicios del sistema sanitario.

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

Las bases generales del Régimen de Concierto preverán, lo preceptuado en el artículo 149.1.30 de la Constitución.

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

5. Dichos centros universitarios o con funciones universitarias deberán ser programados, en lo que afecta a la docencia y a la investigación, de manera coordinada por las autoridades universitarias y sanitarias, en el marco de sus competencias. A estos efectos, deberá preverse la participación de la Universidades en sus órganos de gobierno.

6. Las Administraciones Públicas competentes en educación y sanidad promoverán la revisión permanente de las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a las necesidades de la sociedad española. Asimismo, dichos Departamentos favorecerán la formación interdisciplinar en Ciencias de la Salud y la actualización permanente de conocimientos.

CAPITULO II

Del fomento de la investigación

Artículo ciento cinco

1. En el marco de la planificación asistencial y docente de las Administraciones Públicas, el régimen de concierto entre las Universidades y las Instituciones sanitarias podrá establecer la vinculación de determinadas plazas asistenciales de la Institución sanitaria con plazas docentes de los Cuerpos de Profesores de Universidad. Las plazas así vinculadas se proveerán a través de un concurso, en el que podrán participar los candidatos que reúnan los requisitos señalados en la Ley Orgánica 11/1983, de Reforma Universitaria, que acrediten, además, la posesión del título de Especialista que proceda y las exigencias que, en cuanto a su cualificación asistencial, se determinen reglamentariamente. Los concursos serán resueltos, según corresponda, en la forma que hace referencia el título V de la Ley de Reforma Universitaria y sus disposiciones de desarrollo, con las siguientes particularidades:

a) El Gobierno, a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, regulará las Comisiones encargadas de resolver los concursos, que en todo caso habrán de contar con cinco miembros, de los que el Presidente y un Vocal serán nombrados por la Universidad entre Profesores pertenecientes a los Cuerpos docentes universitarios del área de conocimiento a que corresponda la plaza. Los tres Vocales restantes serán nombrados por la Universidad, uno designado por el Consejo de Universidades, mediante sorteo de entre Profesores pertenecientes a Cuerpos docentes universitarios del área de conocimiento respectiva, que ocupen plaza asistencial en cualquier Institución sanitaria; los dos restantes, previa designación de la Institución sanitaria correspondiente.

b) En la primera prueba de los concursos, las Comisiones deberán valorar los méritos e historial académico e investigador y los propios de la labor asistencial de los candidatos, en la forma que reglamentariamente se establezca.

c) El Gobierno podrá establecer, para determinadas plazas, la realización de pruebas prácticas.

2. Los conciertos podrán establecer asimismo un número de plazas de Profesores asociados que deberá cubrirse por personal asistencial que esté prestando servicios en la Institución sanitaria concertada. Este número no será tenido en cuenta a efectos del porcentaje a que se refiere el artículo 33.3 de la Ley de Reforma Universitaria. Estos Profesores asociados se regirán por lo establecido en dicha Ley de Reforma Universitaria y sus disposiciones de desarrollo, con las peculiaridades que reglamentariamente se establezcan en cuanto al régimen temporal de sus contratos. Los Estatutos de la Universidad deberán recoger fórmulas específicas para regular la participación de estos Profesores en los órganos de Gobierno de la Universidad.

3. Los conciertos podrán prever asimismo la existencia de un número de plazas de Ayudantes en las plantillas de las Universidades, que deberán cubrirse mediante concurso público entre profesionales de las áreas de la salud que estén en posesión del título de Especialista, sin que a éstos les sea de aplicación los requisitos previos para ser contratados y las previsiones en cuanto al título de Doctor que se mencionan en el artículo 34.3 de la Ley de Reforma Universitaria.

4. Podrán acceder a los distintos títulos de Especialistas los Ayudantes Doctores y los Profesores que cumplan las condiciones que reglamentariamente se establezcan en el marco de las necesidades asistenciales y docentes. El régimen de conciertos deberá garantizar a los Ayudantes de Universidad y a los Profesores el cumplimiento de los requisitos antes mencionados.

CAPITULO II

Del fomento de la investigación

Artículo ciento seis

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

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

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

Artículo ciento siete

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

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

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

Artículo ciento ocho

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

Artículo ciento nueve

En la financiación de la investigación se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

a) Establecimiento de un presupuesto anual mínimo de investigación, consistente en un 1 por 100 de los presupuestos globales de salud, que se alcanzará progresivamente a partir de la promulgación de la presente Ley.

b) Evaluación sanitaria y económica de las inversiones en investigación.

Artículo ciento diez

Corresponde a la Administración Sanitaria del Estado valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecnologías relevantes para la salud y la asistencia sanitaria.

TITULO VII

Del Instituto de Salud «Carlos III»

CAPITULO UNICO

Artículo ciento once

1. Se constituye, como órgano de apoyo científico-técnico del Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, el Instituto de Salud «Carlos III».

2. El Instituto de Salud «Carlos III» tendrá la naturaleza de Organismo autónomo de la Administración del Estado, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Artículo ciento doce

1. La estructura, organización y régimen de funcionamiento del Instituto de Salud «Carlos III» se regulará por Real Decreto. En todo caso, contará con un Consejo de Dirección cuyo Presidente será el Ministro de Sanidad y Consumo.

2. El Instituto de Salud «Carlos III» desarrollará sus funciones en coordinación con el Consejo Interterritorial de Salud a que se refiere el artículo 47 de la presente Ley y en colaboración con otras Administraciones Públicas. Tales funciones serán:

a) Formación especializada del personal al servicio de la salud y gestión sanitaria.
b) Microbiología, virología e inmunología.
c) Alimentación, metabolismo y nutrición.
d) Control de medicamentos y productos sanitarios.
e) Sanidad ambiental.
f) Control de productos biológicos.
g) Control sanitario de alimentos.
h) Control sanitario de productos químicos potencialmente peligrosos.
i) Epidemiología y sistemas de información.
j) Control de las enfermedades infecciosas e inmunológicas.
k) Control de las enfermedades crónicas.
l) Investigación clínica.
m) Investigaciones sobre genética y reproducción humana.
n) Ciencias sociales y económicas aplicadas a la salud.
ñ) Fomento y coordinación de las actividades de investigación biomédica y sanitaria, en el marco de la Ley de Fomento y Coordinación general de la Investigación Científica y Técnica.
o) Educación sanitaria de la población.
p) Cualesquiera otras de interés para el Sistema Nacional de Salud que le sean asignadas.

Artículo ciento trece

El Instituto de Salud «Carlos III», así como los órganos responsables de la sanidad de las Comunidades Autónomas, podrán proponer al Ministerio de Sanidad y Consumo la designación como unidades asistenciales de referencia nacional a aquellas que alcancen el nivel sanitario de investigación y docencia que reglamentariamente se determine para acceder a tal condición.

El Ministerio de Sanidad y Consumo dictará las normas que regulen la concesión de la acreditación de unidades de referencia nacional, el acceso a dichas unidades de los usuarios del sistema y el régimen económico a ellas aplicable.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.-1. En los casos de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra, la financiación de la asistencia sanitaria del Estado se regirá, en tanto en cuanto afecte a sus respectivos sistemas de conciertos o convenios, por lo que establecen, respectivamente, su Estatuto de Autonomía y la Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero.

2. En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco, no obstante lo dispuesto en el artículo 82, la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social que se transfiera, será la que se establezca en los convenios a que hace referencia la disposición transitoria quinta del Estatuto de Autonomía del País Vasco.

Segunda.-El Gobierno adoptará los criterios básicos mínimos y comunes en materia de información sanitaria. Al objeto de desarrollar lo anterior, podrán establecerse convenios con las Comunidades Autónomas.

Tercera.–Se regulará, con la flexibilidad económico-presupuestaria que requiere la naturaleza comercial de sus operaciones, el órgano encargado de la gestión de los depósitos de estupefacientes, según lo dispuesto en los tratados internacionales, la medicación extranjera y urgente no autorizada en España, el depósito estratégico para emergencias y catástrofes, las adquisiciones para programas de cooperación internacional y los suministros de vacunas y otros que se precisen en el ejercicio de funciones competencia de la Administrción del Estado.

Cuarta.–La distribución y dispensación de medicamentos y productos zoosanitarios se regulará por su legislación correspondiente.

Quinta.–En el Sistema Nacional de Salud, a los efectos previstos en el artículo 10, apartado 14, y en el artículo 18.4, se financiarán con fondos públicos los nuevos medicamentos y productos sanitarios más eficaces o menos costosos que los ya disponibles. Podrán excluirse, en todo o en parte, de la financiación pública, o someterse a condiciones especiales, los medicamentos y productos sanitarios ya disponibles, cuyas indicaciones sean sintomatológicas, cuya eficacia no esté probada o los indicados para afecciones siempre que haya para ellos una alternativa terapéutica mejor o igual y menos costosa.

Sexta.–1. Los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con su Estatuto. En los restantes casos, la red sanitaria de la Seguridad Social se coordinará con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.

2. La coordinación de los centros sanitarios de la Seguridad Social con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se realizará mediante una Comisión integrada por representantes de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma, cuyo Presidente será designado por el Estado en la forma que reglamentariamente se determine.

Séptima.–Los centros y establecimientos sanitarios que forman parte del patrimonio único de la Seguridad Social continuarán titulados a nombre de la Tesorería General, sin perjuicio de su adscripción funcional a las distintas Administraciones Públicas Sanitarias.

Octava.–1. A los efectos de aplicación del capítulo VI del título III de esta Ley se entenderá comprendido el personal sanitario y no sanitario de la Seguridad Social a que hace referencia la disposición transitoria cuarta de la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública.

2. En cuanto al personal funcionario al servicio de la Seguridad Social regulado en la disposición transitoria tercera de la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública, se estará a lo dispuesto en esta norma.

Novena.–1. El Gobierno aprobará por Real Decreto, en el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud.

2. Para la formación del primer Plan Integrado de Salud, el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado deberá poner en conocimiento de las Comunidades Autónomas los criterios generales de coordinación y demás circunstancias a que alude el artículo 70 de la presente Ley en el plazo máximo de dieciocho meses, contados a partir de la entrada en vigor de la misma.

Décima.–El nombramiento como directores técnicos de extranjeros, al que alude el artículo 100.3, sólo se autorizará cuando así lo establezcan los tratados internacionales suscritos por España y los españoles gocen de reciprocidad en el país del que aquéllos sean nacionales.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.–1. Las Corporaciones Locales que en la actualidad disponen de servicios y establecimientos sanitarios que lleven a cabo actuaciones que en la presente Ley se adscriban a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, establecerán de mutuo acuerdo con los Gobiernos de las Comunidades Autónomas un proceso de transferencia de los mismos.

2. No obstante lo establecido en el apartado anterior, la adscripción funcional a que se refiere el artículo 50.2 de la presente Ley se producirá en la misma fecha en que queden constituidos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Desde este instante, las Comunidades Autónomas financiarán con sus propios presupuestos el coste efectivo de los establecimientos y servicios que queden adscritos a sus Servicios de Salud.

3. Las Corporaciones Locales y las Comunidades Autónomas podrán establecer acuerdos a efectos de la financiación de las inversiones nuevas y las de conservación, mejora y sustitución de los establecimientos.

4. En todo caso, hasta tanto entre en vigor el régimen definitivo de financiación de las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales contribuirán a la financiación de los Servicios de Salud de aquéllas en una cantidad igual a la asignada en sus presupuestos, que se actualizará anualmente para la financiación de los establecimientos adscritos funcionalmente a dichos servicios. No se considerarán, a estos efectos, las cantidades que puedan proceder de conciertos con el Instituto Nacional de la Salud.

5. Las cantidades correspondientes a los conciertos a que se refiere el apartado anterior se asignarán directamente a las Comunidades Autónomas cuando se produzca la adscripción funcional de los establecimientos de acuerdo con lo previsto en el apartado 2 de la presente disposición transitoria.

Segunda.–El Gobierno, teniendo en cuenta el carácter extraterritorial del trabajo marítimo, determinará en su momento la oportuna coordinación de los servicios sanitarios gestionados por el Instituto Social de la Marina con los distintos Servicios de Salud.

Tercera.–1. El Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.

2. Las Comunidades Autónomas deberán acordar la creación, organización y puesta en funcionamiento de sus Servicios de Salud en el plazo máximo de doce meses, a partir del momento en que quede culminado el proceso de transferencias de servicios que corresponda a sus competencias estatutarias.

3. En los casos en que las Comunidades Autónomas no cuenten con competencias suficientes en materia de Sanidad para adaptar plenamente el funcionamiento de sus Servicios de Salud a lo establecido en la presente Ley, el Estado celebrará con aquéllas acuerdos y convenios para la implantación paulatina de lo establecido en la misma y para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios.

Cuarta.–Las posibles transferencias a realizar en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a favor de las Comunidades Autónomas, que puedan asumir dicha gestión, deberán acomodarse a los principios establecidos en esta Ley.

Quinta.–La extensión de la asistencia sanitaria pública a la que se refieren los artículos 3.2, y 20 de la presente Ley se efectuará de forma progresiva.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS

Primera.–Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango contradigan lo dispuesto en la presente Ley.

El Gobierno, en el plazo de doce meses desde la publicación de esta Ley, publicará una Tabla de Vigencias y Derogaciones.

Segunda.–Quedan degradadas al rango reglamentario cualesquiera disposiciones que, a la entrada en vigor de la presente Ley, regulen la estructura y funcionamiento de instituciones y organismos sanitarios, a efectos de proceder a su reorganización y adaptación a las previsiones de esta Ley.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.–Con objeto de alcanzar los objetivos que en materia de formación pregraduada, posgraduada y especialización sanitaria se señalan en el título VI, el Gobierno, en el plazo de dieciocho meses a partir de la publicacion de la presente Ley, regularizará, aclarará y armonizará los siguientes textos legales:

– La base tercera del Ley de 25 de noviembre de 1944, sobre la Escuela Nacional de Sanidad.

– El párrafo segundo del artículo primero de la Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre los hospitales como centros de formación y especialización.

– La Ley de 20 de julio de 1955, el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, y el Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, sobre especialidades de la profesión médica.

– La ley 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.

– Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.

Las citadas disposiciones, así como las correspondientes a la formación y especialización de las profesiones sanitarias, serán debidamente actualizadas.

Segunda.–Hasta tanto los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno en el plazo de dieciocho meses contados a partir de la publicación de la presente Ley, procederá a la armonización y refundición de:

1. La asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo a que se refiere el artículo 20.1.a)

de la Ley General de la Seguridad Social de 30 de mayo de 1974, y disposiciones concordantes, tanto del Régimen General como de los Regímenes Especiales, incluidos los regulados por leyes específicas: Agrario, Trabajadores del Mar y Funcionarios Civiles del Estado y al servicio de la Administración de Justicia y los miembros de las Fuerzas Armadas a que se refiere el artículo 195 de la Ley 85/1978, de 28 de diciembre.

2. La asistencia médico farmacéutica a los funcionarios y empleados de la Administración Local.

3. La asistencia sanitaria de la Sanidad Nacional a que se refiere la Ley de 25 de noviembre de 1944; el artículo segundo, apartado uno; disposición final quinta, apartado dos, del Decreto-ley 13/1972, de 29 de diciembre, y disposiciones concordantes, incluida la asistencia psiquiátrica, de enfermedades transmisibles y la correspondiente a la beneficiencia general del Estado.

4. La asistencia sanitaria general y benéfica de las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos a que se refieren las bases 23 y 24 de la Ley de 25 de noviembre de 1944, la Ley de Régimen Local y disposiciones concordantes.

5. La asistencia sanitaria a los internos penitenciarios a que se refieren los artículos 3.° y 4.° de la Ley 1/1979, de 26 de septiembre, y disposiciones concordantes.

6. La asistencia sanitaria a mutilados civiles y militares como consecuencia de acciones de guerra o defensa del orden público y la seguridad ciudadana.

Tercera.–1. El Gobierno, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los Ministerios interesados, dispondrá:

a) La participación en el Sistema Nacional de Salud del Instituto Nacional de Toxicología, Medicina Forense, Servicios Médicos del Registro Civil y Sanidad Penitenciaria.

b) La participación y colaboración de los Hospitales Militares y Servicios Sanitarios de las Fuerzas Armadas en el Sistema Nacional de Salud, y su armonización con lo previsto en los artículos 195 y 196 de la Ley 85/1978, para garantizar, dentro de sus posibilidades, su apoyo al Sistema Nacional de Sanidad.

c) La plena integración en el Sistema Nacional de Salud de los Hospitales Clínicos o Universitarios y las peculiaridades derivadas de sus funciones de enseñanza, formación e investigación.

d) La participación en el Sistema Nacional de Salud de los Laboratorios de Aduanas y del control de la exportaciones e importaciones.

La Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, dispondrán sobre la participación en el Sistema Nacional de Salud de los Laboratorios de Investigación Agraria y Ganadera y, en general, de cualesquiera otros centros y servicios que puedan coadyuvar a los fines e intereses generales de la protección de la salud.

2. El Gobierno, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los Ministerios interesados, dispondrá que los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Mutuas de Accidentes, Mutualidades e Instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, puedan ser objeto de integración en el Sistema Nacional de Salud, siempre que reúnan las condiciones y requisitos mínimos.

Cuarta.–El Gobierno, mediante Real Decreto acordado en el plazo máximo de dieciocho meses, contados a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, establecerá con carácter general los requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.

Quinta.–Para alcanzar los objetivos de la presente Ley y respetando la actual distribución de competencias, el Gobierno, en el plazo máximo de dieciocho meses, a partir de la publicación de la misma, refundirá, regularizará, aclarará y armonizará, de acuerdo con los actuales conocimientos epidemiológicos, técnicos y científicos, con las necesidades sanitarias y sociales de la población y con la exigencia del sistema sanitario, las siguientes disposiciones:

1. Ley 45/1978, de 7 de octubre –párrafo tercero de su disposición adicional–, sobre orientación y planificación familiar.

2. Ley 13/1982, de 7 de abril –artículo 9 y concordantes–, sobre orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz de la subnormalidad y minusvalías.

3. Ley de 12 de julio de 1941 sobre sanidad infantil y maternal.

4. Ley 39/1979, de 30 de noviembre –disposición adicional quinta, apartado segundo–, sobre prohibición de la publicidad de bebidas alcohólicas.

5. Ley 22/1980, de 24 de abril, sobre vacunaciones obligatorias impuestas y recomendadas.

6. Real Decreto 2838/1977, de 15 de octubre, y disposiciones concordantes, sobre planificación, ejecución y control de las actividades relacionadas con la sanidad escolar.

7. Las bases 4.ª, 6.ª, 7.ª, 8.ª, 9.ª, 10, 11, 12, 13, 14 y 15 de la Ley de 25 de noviembre de 1944, sobre enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación, estadísticas sanitarias, tuberculosis, reumatismo, cardiopatías, paludismo, tracoma, enfermedades sexuales, lepra, dermatosis, cáncer, sanidad maternal e infantil, higiene mental y asistencia psiquiátrica.

8. La base 25 –párrafo tercero y siguiente– de la Ley de 25 de noviembre de 1944 y la Ley 13/1980, de 31 de marzo –artículo 9.°, 1, y disposición adicional–, sobre higiene e inspección sanitaria de la educación física y del deporte.

9. La Ley de 14 de abril de 1955 y la Ley de 26 de diciembre de 1958, sobre asistencia psiquiátrica y antituberculosa, en cuanto continúen vigentes conforme a la disposición adicional quinta, 2, del Decreto-ley 13/1972, de 29 de diciembre.

10. Las bases 17 y 26 de la Ley de 25 de noviembre de 1944 sobre zoonosis transmisibles de higiene de la alimentación.

Sexta.–Se autoriza al Gobierno para aprobar mediante Real Decreto un texto único en materia de protección de la salud de los trabajadores, aclarando, regularizando y armonizando las normas vigentes, ateniéndose a los siguientes principios:

1. Se fijarán los niveles y valores admisibles de exposición profesional a los agentes nocivos para tratar de prevenir los daños a la salud física, psíquica y social; contemplando particularmente la prevención, tanto de los efectos nocivos a corto plazo como de los efectos nocivos para la función reproductora y los riesgos de mutagénesis, carcinogénesis y teratogénesis.

2. Se establecerán las modalidades de determinación y actualización de los niveles o valores admisibles de los factores de nocividad de origen químico, físico, biológico y psicológico.

Séptima.–El Reglamento de Régimen Interior del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será aprobado por el mismo y comunicado a las Administraciones representadas en su seno.

Octava.–El Gobierno, mediante Real Decreto, adoptará las medidas necesarias para la actuación conjunta de varias Administraciones Públicas a efectos de sanidad exterior y para que pueda reconocerse validez y eficacia a los mismos efectos a determinadas inspecciones en origen u otros controles concretos que se juzguen suficientes, realizados por los servicios técnicos de la Comunidades Autónomas u otras Administraciones Públicas.

Novena.–Se autoriza al Gobierno para adaptar la estructura y funciones de los Organismos y Entidades adscritos al Ministerio de Sanidad y Consumo y, entre ellos, el Instituto Nacional de la Salud a los principios establecidos en la presente Ley, así como para regular la organización y régimen y desarrollar las competencias de los Organismos autónomos estatales que en esta Ley se crean.

Décima.–A los efectos de esta Ley, se consideran funcionarios sanitarios de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social los incluidos en los Cuerpos y Escalas sanitarios del Estatuto de Personal del extinguido Instituto Nacional de Previsión, de Asesores Médicos del extinguido Mutualismo Laboral y de la Escala de Inspectores Médicos del Instituto Social de la Marina.

Undécima.–Se autoriza al Gobierno para fusionar o integrar Cuerpos y funcionarios sanitarios de las Administraciones Públicas y Entidades Gestoras de la Seguridad Social, a efectos de facilitar la gestión del personal y homologar los regímenes jurídicos de la relación de empleo, sin perjuicio de las atribuciones que confiere al Gobierno el artículo 26.4 de la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública.

Duodécima.–El Gobierno determinará las condiciones y el régimen de funcionamiento de los servicios sanitarios, en relación con el cumplimiento de las competencias que tiene adscritas la Seguridad Social en materia de inválidos, incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional.

Decimotercera.–Se adscriben al Instituto de Salud «Carlos III»:

a) El Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.

b) El Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria.

c) El Centro Nacional de Farmacobiología.

d) El Centro Nacional de Sanidad Ambiental.

e) La Escuela de Sanidad Nacional y la Escuela de Gerencia Hospitalaria.

f) El complejo sanitario del Hospital del Rey.

Decimocuarta.–Se autoriza al Gobierno para modificar los mecanismos de protección sanitaria de los diferentes regímenes públicos existentes, acomodándolos a los principios establecidos en la presente Ley.

Decimoquinta.–Para una mejor utilización de los recursos humanos, el personal a que se refieren los artículos 84 y 85 de esta Ley podrá ocupar indistintamente puestos de trabajo en las Administraciones Sanitarias del Estado o de las Comunidades

Autónomas, sin perjuicio de los requisitos de titulación y otros que se exijan en las relaciones de puestos de trabajo de las distintas Administraciones.

Por tanto,
Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta Ley.

Palacio de la Zarzuela, Madrid a 25 de abril de 1986.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,
FELIPE GONZALEZ MARQUEZ

10500 *INSTRUMENTO de ratificación del Tratado de Extradición entre el Gobierno del Reino de España y el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, hecho en Londres el 22 de julio de 1985.*

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

Por cuanto el día 22 de julio de 1985, el Plenipotenciario de España firmó en Londres, juntamente con el Plenipotenciario del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, nombrados ambos en buena y debida forma al efecto, el Tratado de Extradición entre el Gobierno del Reino de España y el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Vistos y examinados los veintidós artículos del Tratado,

Concedida por las Cortes Generales la *autorización* prevista en el artículo 94.1 de la Constitución,

Vengo en aprobar y ratificar cuanto en él se dispone, como en virtud del presente lo apruebo y ratifico, prometiendo cumplirlo, observarlo y hacer que se cumpla y observe puntualmente en todas sus partes, a cuyo fin, para mayor validación y firmeza, *mando* expedir este Instrumento de Ratificación firmado por Mí, debidamente sellado y refrendado por el infrascrito Ministro de Asuntos Exteriores.

Dado en Madrid a 24 de marzo de 1986.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Asuntos Exteriores,
FRANCISCO FERNANDEZ ORDOÑEZ

TRATADO DE EXTRADICION ENTRE EL GOBIERNO DEL REINO DE ESPAÑA Y EL GOBIERNO DEL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE

El Gobierno del Reino de España y el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte,

Deseando regular la extradición recíproca de delincuentes,

Han convenido lo siguiente:

ARTICULO 1

Para los fines de este Tratado:

a) «Medida de seguridad» («detention order»), significa cualquier orden que implique privación de libertad acordada por un Tribunal penal, además de, o en vez de, una condena de prisión.

b) «Nacionales» significa,

i) Para España:

- Personas que ostenten la nacionalidad española.

ii) Para el Reino Unido:

- Ciudadanos británicos,
- ciudadanos de territorios dependientes de Gran Bretaña,
- ciudadanos británicos de ultramar,
- súbditos británicos,
- personas protegidas por Gran Bretaña.

ARTICULO 2

Las Partes Contratantes se comprometen a entregarse recíprocamente, según lo prevenido en los artículos siguientes, las personas contra las cuales las Autoridades competentes de la Parte requirente estén procediendo por un delito, o que sean buscadas por dichas Autoridades para la ejecución de una sentencia o una medida de seguridad.

ARTICULO 3

1. La extradición se acordará en relación a delitos castigados según las leyes de ambas Partes, con privación de libertad, bien para un período de prisión, bien para una medida de seguridad, por un período máximo de, por lo menos, un año, o con una pena más severa, siempre que la extradición no estuviere excluida por las leyes de cualquiera de las Partes.

2. Si la extradición se solicitare para la ejecución de una sentencia, será además necesario que el período de privación de libertad que falte por cumplir sea de por lo menos cuatro meses.

3. Cuando la Parte requirente pidiere la extradición de una persona para ejecutar una pena o medida de seguridad impuesta en virtud de una decisión dictada en rebeldía, la Parte requerida puede denegar la extradición para ese fin, si en su opinión el procedimiento seguido hasta la sentencia no satisfizo los derechos mínimos de la defensa, que deben garantizarse a cualquier persona acusada de un delito. No obstante, se concederá la extradición si la Parte requirente diese la seguridad que se estimase suficiente para garantizar a la persona cuya extradición se solicita el derecho a un nuevo procedimiento que salvaguarde los derechos de la defensa. La decisión por la que se concede la extradición en estas circunstancias autoriza a la Parte requirente para ejecutar la sentencia si el condenado no se opone o, en caso de hacerlo, a iniciar un proceso contra la persona extraditada.

ARTICULO 4

1. La extradición no se concederá si el delito respecto al cual se solicita es considerado por la Parte requerida como un delito político o como un delito conexo con un delito político.

2. La misma regla se aplicará si la Parte requerida tiene fundados motivos para creer que la petición de extradición en relación a un delito común ha sido hecha con la finalidad de perseguir o castigar a una persona a causa de su raza, religión, nacionalidad u opinión política o que la situación de esta persona puede ser agravada por cualquiera de estos motivos.

3. Lo convenido en el presente Tratado no afectará a la aplicación del Convenio Europeo para la represión del terrorismo o del Convenio de las Naciones Unidas sobre la prevención y castigo del crimen de genocidio.

ARTICULO 5

Queda excluida de la aplicación del presente Tratado la extradición por delitos militares que no constituyan delitos de naturaleza común.

ARTICULO 6

Para delitos en relación a impuestos, tasas, aduanas y control de cambios, la extradición tendrá lugar entre las Partes contratantes, de acuerdo con las disposiciones de este Tratado, siempre que no estuviere excluida por la ley de cualquiera de las Partes.

ARTICULO 7

1. La Parte requerida tendrá el derecho de denegar la extradición de sus propios nacionales. A este efecto, la nacionalidad se determinará en el momento de la decisión relativa a la extradición.

2. Si la Parte requerida denegare la extradición de un nacional, deberá, a requerimiento de la Parte requirente, someter el asunto a sus Autoridades competentes, para entablar proceso contra él, si fuere pertinente. A estos efectos, los documentos, informaciones y objetos relativos al delito se remitirán gratuitamente por vía diplomática. La Parte requirente será informada del resultado de su petición.

ARTICULO 8

La Parte requerida puede denegar la extradición de una persona reclamada en razón de un delito que, según su derecho, se considera como sometido a la jurisdicción de sus Tribunales.

ARTICULO 9

1. La Parte requerida puede denegar la extradición de una persona reclamada, si las Autoridades competentes de dicha Parte estuvieren procediendo contra ella, por el delito o delitos por los que se solicita la extradición.

2. La extradición no se concederá si la persona reclamada ha sido definitivamente juzgada por las Autoridades competentes de la Parte requerida, por el delito o delitos por los que se ha solicitado la extradición. La extradición puede ser denegada si las Autoridades competentes de la Parte requerida han decidido no iniciar proceso o poner fin al que se hubiere seguido por el mismo o los mismos delitos.

4. CUESTIONARIO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Apreciado/a compañero/a :

Con motivo de un estudio que estamos realizando en el Hospital sobre los Derechos del Usuario hemos elaborado un cuestionario dirigido al personal de Enfermeria.
Por ello solicitamos tu colaboración en la cumplimentación del mismo . Estos datos seran totalmente confidenciales y solo tendran validez estadística.
Agradecemos de antemano tu ayuda.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

1.- Léelo detalladamente antes de cumplimentarlo
2.- Marca con un círculo la respuesta que consideres correcta.
3.- En las respuestas cuya valoración va del nº 1 al nº4, se considera el 1 como mínimo grado de cumplimiento y el 4 como máximo.
4.- Cumplimentar completamente el cuestionario con letra lo mas clara posible.
5.- En caso de alguna duda, puedes llamar a los buscas Nº 104 (Teresa Castilla) Nº110 (Montserrat Sallés)

1 . - Edad : .....

2 . - Antigüedad en la Institución .....

3 . - Antigüedad en la profesión .....

4 . - Sexo

A.- Mujer

B.- Hombre

5 . - Categoria profesional:

A.- Jefe de División

B.- Supervisor/a

C.- Enfermero/a

D.- Técnico

E.- Aux. clínica

F.- Aux. sanitario

6 . - Puesto de trabajo actual :

A.- Medicina

B.- Cirugia

C.- Especialidades

D.- Ap. diagnóstico

E.- Laboratorio

F.- Dispensario

G.- U.C.I.S

H.-.....

7- Turno

A.- Mañana

B.- Mañana (21h)

C.- Tarde

D.- Tarde (21h)

E.- Noche (A)

F.- Noche (B)

8 . - ¿Conoces la existencia del documento? :

" Derechos del Enfermo , Usuario del Hospital"

A.- Sí

B.- No

9 . - ¿Lo has leido? :

A.- Sí

B.- No

10.- ¿Conoces la existencia de los siguientes derechos del usuario?. Señala en las diferentes columnas si los conoces, su grado de cumpliento y la importancia que tienen para ti.

Derechos que tiene el usuario	lo conoces		grado de cumplimiento	importancia que te merece
1.- Recibir una asistencia integral sin discriminación alguna	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
2.- Ser atendido con diligencia para no alargar la estancia hospitalaria	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
3.- Respetar la dignidad humana del cliente	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
4.- Respetar la intimidad personal del cliente	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
5.- Respetar las convicciones religiosas y filosóficas del cliente	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
6.- Facilitar la comunicación con sus familiares y amigos	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
7.- Recibir información general sobre las diferentes especialidades de que dispone el Hospital	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
8.- Recibir información sobre la normativa del centro que le afecta como usuario	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
9.- Conocer el nombre del médico responsable que le atiende	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
10.- Conocer el nombre de las enfermeras que le atienden	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
11.- Reconocer la identificación del personal	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4

	lo conoces		grado de cumplimiento	importancia que te merece
12.- Recibir la información del coste de su estancia	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
13.- Recibir información de las vias de que dispone para tener información complementaria (servicio religioso, asistencia social etc.)	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
14.- Conocer las vias para aportar sugerencias o realizar reclamaciones	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
15.- Recibir información del médico sobre el motivo de su ingreso	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
16.- Recibir información del médico sobre los posibles riesgos derivados de las pruebas diagnósticas y tratamiento	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
17- Recibir explicación detallada antes de incluirlo en un estudio de investigación	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
18.- Recibir un informe por escrito al ser dado de alta	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
19- Tener acceso a la información de la Historia Clinica	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
20.- Mantener el secreto sobre la enfermedad y los datos de la Historia Clínica	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
21.- Autorizar por escrito cualquier prueba diagnóstica y terapeutica que se le vaya ha realizar	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
22.- Valorar la situación familiar y social desde el ingreso hasta su alta	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4

	lo conoces		grado de cumplimiento	importancia que te merece
23.- Recibir información adecuada cuando requiera un traslado a otro Centro	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
24.- Poder abandonar el Hospital (alta voluntaria) en cualquier momento	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
25.- Morir con dignidad	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
26.- Recibir información de sus derechos como cliente del hospital	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4
27.- Presentar sugerencias y reclamaciones, y que estas sean contestadas	si	no	1 2 3 4	1 2 3 4

11.-Elige las 5 causas principales por las que crees que pueden incumplirse los derechos del usuario, y enuméralas segun grado de importancia del 1 al 5, colocando la valoración delante del motivo (la puntuación 1 corresponderá a la causa mas importante).

Falta de tiempo.
Insuficientes recursos materiales.
Insuficientes recursos humanos.
Estructura arquitectónica deficiente.
Intereses personales (investigación,etc...)
Falta de hábito.
Falta de comunicación.
Falta de información.
Mala praxis. (practica deficiente)
Prejuicios sociales.
Desconocimiento del propio rol.
Bajo nivel cultural del usuario.
Por comodidad.
Falta de recursos económicos.
Desconocimiento del documento "Derechos del usuario"

Otros .....
.....
.....
.....

12.- Indica tres actuaciones que crees puedan mejorar el cumplimiento y aplicación de los derechos :

1.- .....
.....

2.- .....
.....

3.- .....
.....

5. CUESTIONARIO DEL ENFERMO - USUARIO INGRESADO EN EL HOSPITAL.

ENCUESTA A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL

Le agradeceríamos rellene este cuestionario, marcando con un círculo la respuesta que considere más adecuada.

La recogida de esta información, que es totalmente confidencial, pretende conocer el grado de satisfacción que ha tenido como usuario de nuestro Centro.

Con su ayuda podremos mejorar nuestro funcionamiento.

Gracias por su colaboración.

1.- Edad .....

2.- Sexo
- a. mujer
- b. hombre

3.- Nivel de estudios
- a.- primario
- b.- secundarios
- c.- superiores
- d.- sin estudios

4.- ¿Ha estado ingresado anteriormente en este Centro? :
- a. si
- b. no

En caso afirmativo, ¿cuantas veces? : .....

5.- ¿Le han realizado alguna intervención quirúrgica? :
- a. sí
- b. no

En caso afirmativo, ¿le han pedido consentimiento por escrito?
- a. sí
- b. no

6.- ¿Conoce el nombre del médico que le atiende? :
- a. sí
- b. no

7.- ¿Conoce el nombre de las enfermeras que le atienden?:
- a. sí
- b. no

8.- ¿Se ha sentido tratado con respeto?

a.- siempre
b.- algunas veces
c.- casi nunca
d.- nunca

9.- ¿Ha sentido que le han respetado su intimidad?

a.- siempre
b.- algunas veces
c.- casi nunca
d.- nunca

10.-¿Ha sentido que le han respetado sus creencias religiosas?

a.- siempre
b.- algunas veces
c.- casi nunca
d.- nunca

11.-¿Se le ha facilitado la comunicación con familiares y amigos?

a.- siempre
b.- algunas veces
c.- casi nunca
d.- nunca

12.-¿Durante su estancia se ha sentido tratado satisfactoriamente?

a.- siempre
b.- algunas veces
c.- casi nunca
d.- nunca

13.-¿Los trámites administrativos han sido satisfactorios?

a.- siempre
b.- algunas veces
c.- casi nunca
d.- nunca

14.-¿Ha recibido información de los servicios religiosos de que dispone el Hospital?:

a.- muy completa
b.- suficiente
c.- insuficiente
d.- ninguna

15.-¿Ha recibo información acerca de la normativa del Hospital?:

a.- muy completa
b.- suficiente
c.- insuficiente
d.- ninguna

16.-¿Ha recibido información sobre la identificación del personal?:

a.- muy completa
b.- suficiente
c.- insuficiente
d.- ninguna

17.-¿Ha recibido información sobre los medios de que dispone para obtener información complementaria?:

a.- muy completa
b.- suficiente
c.- insuficiente
d.- ninguna

18.-¿Ha recibido información de como efectuar una sugerencia y/o reclamación?:

a.- muy completa
b.- suficiente
c.- insuficiente
d.- ninguna

19.-¿Ha recibido información sobre el motivo de su ingreso?:

a.- muy completa
b.- suficiente
c.- insuficiente
d.- ninguna

20.-¿Ha recibido información sobre los riesgos derivados de las pruebas diagnósticas y tratamientos que se le han realizado?:

a.- muy completa
b.- suficiente
c.- insuficiente
d.- ninguna

21.-¿Ha recibido la información clínica que Usted ha requerido?:

a.- muy completa
b.- suficiente
c.- insuficiente
d.- ninguna

22.-¿Ha recibido información sobre sus derechos como ususario del Hospital?:

a.- muy completa
b.- suficiente
c.- insuficiente
d.- ninguna

ENQUESTA PELS USUARIS DE L'HOSPITAL

Li agraïm ens ompli aquest qüestionari, col.locant un cercle en la resposta que consideri adient.

La recollida d'aquesta informació, és totalment confidencial, es vol conèixer el grau de satisfacció obtingut com usuari del nostre centre.

Amb el seu ajut podrem millorar el nostre funcionament.

Gràcies per la seva col.laboració.

1.- Edat .....

2.- Sexe

a. Dona
b. Home

3.Nivell d'estudis

a.- Primaris
b.- Secundaris
c.- Superiors
d.- Sense estudis

4.-Ha estat ingressat anteriorment en aquest Centre?

a. Si
b. No

En cas afirmatiu, quants cops? .....

5.-Ha estat intervingut quirurgicament?

a. Si
b. No

En cas afirmatiu, li han demanat consentiment per escrit?

a. Si
b. No

6.-Coneix el nom del metge que l'atén?

a. Si
b. No

7.-Coneix el nom de les infermeres que l'atenen?

a. Si
b. No

8.-Ha estat tractat amb respecte?

a.- Sempre
b.- Algunes vegades
c.- Quasi mai
d.- Mai

9.-Ha sentit que li han respectat la seva intimitat?

a.- Sempre
b.- Algunes vegades
c.- Quasi mai
d.- Mai

10.-Ha sentit que li han respectat les seves creences religioses?

a.- Sempre
b.- Algunes vegades
c.- Quasi mai
d.- Mai

11.-Se li ha facilitat la comunicació amb familiars i amics?

a.- Sempre
b.- Algunes vegades
c.- Quasi mai
d.- Mai

12.-Durant la seva estada s'ha sentit tractat satisfactoriament?

a.- Sempre
b.- Algunes vegades
c.- Quasi mai
d.- Mai

13.-Els tràmits administratius han estat satisfactoris?

a.- Sempre
b.- Algunes vegades
c.- Quasi mai
d.- Mai

14.-Ha rebut informació dels serveis religiosos de que disposa l'Hospital?

a.- Molt completa
b.- Suficient
c.- Insuficient
d.- Cap

15.-Ha rebut informació sobre la normativa de l'Hospital?

a.- Molt completa
b.- Suficient
c.- Insuficient
d.- Cap

16.- Ha rebut informació sobre la identificació del personal?

a.- Molt completa
b.- Suficient
c.- Insuficient
d.- Cap

17.-Li han explicat els mitjans al seu abast per a obtenir informació complementària?

a.- Molt completa
b.- Suficient
c.- Insuficient
d.- Cap

18.-Ha rebut informació de com efectuar una suggerència i/o reclamació?

a.- Molt completa
b.- Suficient
c.- Insuficient
d.- Cap

19.-Ha rebut informació sobre el motiu del seu ingrés?

a.- Molt completa
b.- Suficient
c.- Insuficient
d.- Cap

20.-Ha rebut informació sobre els riscs derivats de les proves diagnòstiques i tractaments als que ha estat sotmés?

a.- Molt completa
b.- Suficient
c.- Insuficient
d.- Cap

21.Ha rebut la informació clínica que Vosté ha demanat?

a.- Molt completa
b.- Suficient
c.- Insuficient
d.- Cap

22.-Ha rebut informació sobre els seus drets com usuari de l'Hospital?

a.- Molt completa
b.- Suficient
c.- Insuficient
d.- Cap

6. PLANTILLA DE LA BASE DE DATOS

P1 U1
P4 U2
P2
P3
P5
U3
P6
P7
U4
U4 quantes
U5
U5 cons.
P8
P9
P10 1a
P10 1b U12
P10 1c
P10 2a
P10 2b U13
P10 2c
P10 3a
P10 3b U8
P10 3c
P10 4a
P10 4b U9
P10 4c
P10 5a
P10 5b U10
P10 5c
P10 6a
P10 6b U11
P10 6c
P10 7a
P10 7b U17
P10 7c
P10 8a
P10 8b U15
P10 8c
P10 9a
P10 9b U6
P10 9c

P10 10a
P10 10b U7
P10 10c
P10 11a
P10 11b U16
P10 11c
P10 12a
P10 12b
P10 12c
P10 13a
P10 13b U14
P10 13c
P10 14a
P10 14b U18
P10 14c
P10 15a
P10 15b U19
P10 15c
P10 16a
P10 16b U20
P10 16c
P10 17a
P10 17b
P10 17c
P10 18a
P10 18b
P10 18c
P10 19a
P10 19b U21
P10 19c
P10 20a
P10 20b
P10 20c
P10 21a
P10 21b
P10 21c
P10 22a
P10 22b
P10 22c
P10 23a
P10 23b
P10 23c

P10 24a
P10 24b
P10 24c
P10 25a
P10 25b
P10 25c
P10 26a
P10 26b U22
P10 26c
P10 27a
P10 27b
P10 27c
P11 a
P11 b
P11 c
P11 d
P11 e
P12 a
P12 b
P12 c

Número

Nou Registre

7. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

V1 = P1	Edad, en años, del personal
V2 = P4	Sexo, del personal
V3 = P2	Antiguedad en la institución
V4 = P3	Antiguedad en la profesión
V5 = P5	Categoría profesional
V6 = P6	Puesto de trabajo
V7 = P7	Turno
V8 = P8	Conocimiento del documento
V9 = P9	Si lo ha leido
V10=P10,1a	Conocimiento Asistencia integral
V11=P10,1b	Cumplimiento asist.integral
V12=P10,1c	Importancia asist. integral
V13=P10,2a	Conocim. ser atendido con diligencia
V14=P10,2b	Cumplim. ser atendido con diligencia
V15=P10,2c	Importanc. ser atendido con diligencia
V16=P10,3a	Conocim. resp. dignidad
V17=P10,3b	Cumpli.resp. dignidad
V18=p10,3c	Importanc.resp. dignidad
V19=P10,4a	Conocim. resp. intimidad
V20=P10,4b	Cumpli. resp. intimidad
V21=P10,4c	Import. resp. intimidad
V22=P10,5a	Conocim. resp. convicciones
V23=P10,5b	Cumplim. resp. convicciones
V24=P10,5c	Import. resp. convicciones
V25=P10,6a	Conoc. facilitar comunicación
V26=P10,6b	Cumplim. facilitar comunicación
V27=P10,6c	Import. facilitar comunicación
V28=P10,7a	Conoc. recib.inform. general
V29=P10,7b	Cumplim. recib.inform. general
V30=P10,7c	Import. recib.inform. general
V31=P10,8a	Conoc. recib. inform. normativa
V32=P10,8b	Cumplim. recib. inform. normativa
V33=P10,8c	Import. recib. inform. normativa
V34=P10,9a	Conoc. nombre médico
V35=P10,9b	Cumplim. nombre médico
V36=P10,9c	Import. nombre médico
V37=P10,10a	Conoc. nombre enfermera
V38=P10,10b	Cumplim. nombre enfermera
V39=P10,10c	Import. nombre enfermera
V40=P10,11a	Conoc. identificación
V41=P10,11b	Cumplim. identificación
V42=P10,11c	Import. identificación

V43=P10,12a Conoc. infor. coste
V44=P10,12b Cumplim. infor. coste
V45=P10,12c Import. infor. coste
V46=P10,13a Conoc. inform.complementaria
V47=P10,13b Cumplim. inform.complementaria
V48=P10,13c Import. inform.complementaria
V49=P10,14a Conoc. vias de reclamaciones
V50=P10,14b Cumplim. vias de reclamaciones
V51=P10,14c Import. vias de reclamaciones
V52=P10,15a Conoc. motivo ingreso
V53=P10,15b Cumplim. motivo ingreso
V54=P10,15c Import. motivo ingreso
V55=P10,16a Conoc. inform. pruebas de riesgo
V56=P10,16b Cumplim. inform. pruebas de riesgo
V57=P10,16c Import.inform. pruebas de riesgo
V58=P10,17a Conoc. estudios investigación
V59=P10,17b Cumplim. estudios investigación
V60=P10,17c Import. estudios investigación
V61=P10,18a Conoc. informe alta
V62=P10,18b Cumplim. informe alta
V63=P10,18c Import. informe alta
V64=P10,19a Conoc. acceso historia clinica
V65=P10,19b Cumplim. acceso historia clinica
V66=P10,19c Import. acceso historia clinica
V67=P10,20a Conoc. confidencialidad
V68=P10,20b Cumplim. confidencialidad
V69=P10,20c Import. confidencialidad
V70=P10,21a Conoc.autoriz. pruebas diagnost.
V71=P10,21b Cumplim. autoriz. pruebas diagnost.
V72=P10,21c Import. autoriz. pruebas diagnost.
V73=P10,22a Conoc. situación familiar
V74=P10,22b Cumplim. situación familiar
V75=P10,22c Import. situación familiar
V76=P10,23a Conoc. inform.traslado centro
V77=P10,23b Cumplim. inform.traslado centro
V78=P10,23c Import. inform.traslado centro

V79=P10,24a Conoc. alta voluntaria
V80=P10,24b Cumplim. alta voluntaria
V81=P10,24c Import alta voluntaria
V82=P10,25a Conoc. morir con dignidad
V83=P10,25b Cumplim. morir con dignidad
V84=P10,25c Import. morir con dignidad

V85=P10,26a	Conoc. inform.derechos
V86=P10,26b	Cumplim. inform.derechos
V87=P10,26c	Import. inform.derechos
V88=P10,27a	Conoc. presentar reclamaciones
V89=P10,27b	Cumplim. presentar reclamaciones
V90=P10,27c	Import. presentar reclamaciones
V91=P11a	1° causa
V92=P11b	2° causa
V93=P11c	3° causa
V94=P11d	4° causa
V95=P11e	5° causa
V96=P12a	1° actuación
V97=P12b	2° actuación
V98=P12c	3° actuación

8. ESTADÍSTICA

********** PERSONAL **********
P1_U1 EDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	20	1	,5	,5	,5
	21	5	2,6	2,6	3,1
	22	4	2,1	2,1	5,2
	23	5	2,6	2,6	7,8
	24	7	3,6	3,6	11,4
	25	2	1,0	1,0	12,4
	26	5	2,6	2,6	15,0
	27	10	5,2	5,2	20,2
	28	10	5,2	5,2	25,4
	29	10	5,2	5,2	30,6
	30	10	5,2	5,2	35,8
	31	8	4,1	4,1	39,9
	32	3	1,6	1,6	41,5
	33	7	3,6	3,6	45,1
	34	5	2,6	2,6	47,7
	35	5	2,6	2,6	50,3
	36	11	5,7	5,7	56,0
	37	8	4,1	4,1	60,1
	38	6	3,1	3,1	63,2
	39	5	2,6	2,6	65,8
	40	12	6,2	6,2	72,0
	41	8	4,1	4,1	76,2
	42	9	4,7	4,7	80,8
	43	7	3,6	3,6	84,5
	44	3	1,6	1,6	86,0
	45	3	1,6	1,6	87,6
	46	4	2,1	2,1	89,6
	47	4	2,1	2,1	91,7
	48	2	1,0	1,0	92,7
	49	5	2,6	2,6	95,3
	50	1	,5	,5	95,9
	52	1	,5	,5	96,4
	53	2	1,0	1,0	97,4
	54	2	1,0	1,0	98,4
	55	1	,5	,5	99,0
	57	1	,5	,5	99,5
	59	1	,5	,5	100,0
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 35,259 Mode 40,000 Std dev 8,505

Valid cases 193 Missing cases 0

P4_U2 SEXO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	173	89,6	90,6	90,6
	2	18	9,3	9,4	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 191 Missing cases 2

P2 ANTIGUEDAD EN LA INSTITUCIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	7	3,6	3,6	3,6
	1	3	1,6	1,6	5,2
	2	15	7,8	7,8	13,0
	3	18	9,3	9,4	22,4
	4	12	6,2	6,3	28,6
	5	19	9,8	9,9	38,5
	6	11	5,7	5,7	44,3
	7	7	3,6	3,6	47,9
	8	5	2,6	2,6	50,5
	9	3	1,6	1,6	52,1
	10	2	1,0	1,0	53,1
	11	4	2,1	2,1	55,2
	12	6	3,1	3,1	58,3
	13	2	1,0	1,0	59,4
	14	6	3,1	3,1	62,5
	15	10	5,2	5,2	67,7
	16	4	2,1	2,1	69,8
	17	1	,5	,5	70,3
	18	12	6,2	6,3	76,6
	19	8	4,1	4,2	80,7
	20	17	8,8	8,9	89,6
	21	10	5,2	5,2	94,8
	22	6	3,1	3,1	97,9
	24	2	1,0	1,0	99,0
	26	1	,5	,5	99,5
	29	1	,5	,5	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 10,635 Mode 5,000 Std dev 7,471
Valid cases 192 Missing cases 1

P3 ANTIGUEDAD EN LA PROFESIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	6	3,1	3,1	3,1
	1	4	2,1	2,1	5,2
	2	13	6,7	6,8	12,0
	3	7	3,6	3,6	15,6
	4	9	4,7	4,7	20,3
	5	18	9,3	9,4	29,7
	6	12	6,2	6,3	35,9
	7	7	3,6	3,6	39,6
	8	8	4,1	4,2	43,8
	9	2	1,0	1,0	44,8
	10	6	3,1	3,1	47,9
	11	2	1,0	1,0	49,0
	12	6	3,1	3,1	52,1
	13	2	1,0	1,0	53,1
	14	5	2,6	2,6	55,7
	15	9	4,7	4,7	60,4
	16	12	6,2	6,3	66,7
	17	2	1,0	1,0	67,7
	18	11	5,7	5,7	73,4
	19	8	4,1	4,2	77,6
	20	15	7,8	7,8	85,4
	21	12	6,2	6,3	91,7
	22	7	3,6	3,6	95,3
	23	4	2,1	2,1	97,4
	24	2	1,0	1,0	98,4
	25	2	1,0	1,0	99,5
	32	1	,5	,5	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean	11,818	Mode	5,000	Std dev	7,492
Valid cases	192	Missing cases	1		

P5 CATEGORIA PROFESIONAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SUPERVISOR/A	2	11	5,7	5,8	5,8
INFERMER/A	3	124	64,2	64,9	70,7
T╚CNIC	4	2	1,0	1,0	71,7
AUX. CL═NICA	5	54	28,0	28,3	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 3,000

Valid cases 191 Missing cases 2

P6 LUGAR DE TRABAJO HABITUAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
MEDICINA	1	36	18,7	19,1	19,1
CIRURGIA	2	31	16,1	16,5	35,6
ESPECIALITATS	3	32	16,6	17,0	52,7
AP. DIAGNÊSTIC	4	2	1,0	1,1	53,7
DISPENSARI	6	33	17,1	17,6	71,3
U.C.I.S.	7	52	26,9	27,7	98,9
ALTRES	8	2	1,0	1,1	100,0
	,	5	2,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 7,000

Valid cases 188 Missing cases 5

P7 TURNO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
MAT=	1	107	55,4	59,1	59,1
MAT= (21h)	2	3	1,6	1,7	60,8
TARDA	3	30	15,5	16,6	77,3
TARDA (21h)	4	8	4,1	4,4	81,8
NIT (A)	5	15	7,8	8,3	90,1
NIT (B)	6	18	9,3	9,9	100,0
	,	12	6,2	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 181 Missing cases 12

P8 CONOCIMIENTO DEL DOCUMENTO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	162	83,9	84,4	84,4
	2	30	15,5	15,6	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 192 Missing cases 1

P9 SI LO HA LEÍDO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	97	50,3	51,3	51,3
	2	92	47,7	48,7	100,0
	,	4	2,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 189 Missing cases 4

P10_1A CONOCIMIENTO ASISTENCIA INTEGRAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	187	96,9	98,4	98,4
	2	3	1,6	1,6	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 190 Missing cases 3

P10_1B_U CUMPLIMIENTO ASIST. INTEGRAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	4	2,1	2,1	2,1
	2	28	14,5	14,5	16,6
	3	72	37,3	37,3	53,9
	4	89	46,1	46,1	100,0
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,275 Mode 4,000 Std dev ,785

Valid cases 193 Missing cases 0

P10_1C IMPORTANCIA QUE TE MERECE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	2,6	2,6	2,6
	3	7	3,6	3,6	6,2
	4	181	93,8	93,8	100,0
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,886 Mode 4,000 Std dev ,508

Valid cases 193 Missing cases 0

P10_2A CONOCIM. SER ATENDIDO CON DILIGENCIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	171	88,6	90,0	90,0
	2	19	9,8	10,0	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 190 Missing cases 3

P10_2B_U CUMPLIM. SER ATENDIDO CON DILIGENCIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	14	7,3	7,4	7,4
	2	65	33,7	34,6	42,0
	3	70	36,3	37,2	79,3
	4	39	20,2	20,7	100,0
	,	5	2,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,713 Mode 3,000 Std dev ,879

Valid cases 188 Missing cases 5

P10_2C IMPORTANC. SER ATENDIDO CON DILIGENCIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	1,6	1,6	1,6
	2	8	4,1	4,2	5,8
	3	28	14,5	14,7	20,5
	4	151	78,2	79,5	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,721 Mode 4,000 Std dev ,618

Valid cases 190 Missing cases 3

P10_3A CONOCIMIENTO RESP. DIGNIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	188	97,4	98,4	98,4
	2	3	1,6	1,6	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_3B_U CUMPLIMIENTO RESP. DIGNIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	13	6,7	6,8	6,8
	2	37	19,2	19,3	26,0
	3	61	31,6	31,8	57,8
	4	81	42,0	42,2	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,094 Mode 4,000 Std dev ,939

Valid cases 192 Missing cases 1

P10_3C IMPORTANCIA RESP. DIGNIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	4	2,1	2,1	2,1
	3	4	2,1	2,1	4,2
	4	184	95,3	95,8	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,917 Mode 4,000 Std dev ,450

Valid cases 192 Missing cases 1

P10_4A CONOCIMIENTO RESP. INTIMIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	189	97,9	99,5	99,5
	2	1	,5	,5	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 190 Missing cases 3

P10_4B_U CUMPLIMIENTO RESP. INTIMIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	27	14,0	14,1	14,1
	2	47	24,4	24,6	38,7
	3	68	35,2	35,6	74,3
	4	49	25,4	25,7	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,728 Mode 3,000 Std dev 1,000
Valid cases 191 Missing cases 2

P10_4C IMPORTANCIA RESP. INTIMIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	1,6	1,6	1,6
	2	1	,5	,5	2,1
	3	13	6,7	6,8	8,9
	4	175	90,7	91,1	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,875 Mode 4,000 Std dev ,463
Valid cases 192 Missing cases 1

P10_5A CONOCIMIENTO RESP. CONVICCIONES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	187	96,9	98,4	98,4
	2	3	1,6	1,6	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 190 Missing cases 3

P10_5B_U CUMPLIMIENTO RESP. CONVICCIONES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	17	8,8	8,9	8,9
	2	42	21,8	21,9	30,7
	3	53	27,5	27,6	58,3
	4	80	41,5	41,7	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,021 Mode 4,000 Std dev ,997

Valid cases 192 Missing cases 1

P10_5C IMPORTANCIA RESP. CONVICCIONES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	2,6	2,6	2,6
	2	14	7,3	7,3	9,9
	3	51	26,4	26,6	36,5
	4	122	63,2	63,5	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,510 Mode 4,000 Std dev ,745

Valid cases 192 Missing cases 1

P10_6A CONOCIMIENTO FACILITAR COMUNICACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	179	92,7	95,2	95,2
	2	9	4,7	4,8	100,0
	,	5	2,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 188 Missing cases 5

P10_6B_U CUMPLIMIENTO FACILITAR COMUNICACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	9	4,7	4,7	4,7
	2	29	15,0	15,2	19,9
	3	70	36,3	36,6	56,5
	4	83	43,0	43,5	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,188 Mode 4,000 Std dev ,862

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_6C IMPORTANCIA FACILITAR COMUNICACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	1	,5	,5	,5
	2	8	4,1	4,2	4,7
	3	40	20,7	20,8	25,5
	4	143	74,1	74,5	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,693 Mode 4,000 Std dev ,574

Valid cases 192 Missing cases 1

P10_7A CONOCIMIENTO RECIB. INFORMAC. GENERAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	139	72,0	72,8	72,8
	2	52	26,9	27,2	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_7B_U CUMPLIMIENTO RECIB. INFORMAC. GENERAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	50	25,9	26,3	26,3
	2	68	35,2	35,8	62,1
	3	46	23,8	24,2	86,3
	4	26	13,5	13,7	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,253 Mode 2,000 Std dev ,997

Valid cases 190 Missing cases 3

P10_7C IMPORTANCIA RECIB. INFORMAC. GENERAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	11	5,7	5,8	5,8
	2	35	18,1	18,5	24,3
	3	66	34,2	34,9	59,3
	4	77	39,9	40,7	100,0
	,	4	2,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,106 Mode 4,000 Std dev ,905
Valid cases 189 Missing cases 4

P10_8A CONOCIMIENTO RECIB. INFORMAC. GENERAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	164	85,0	85,9	85,9
	2	27	14,0	14,1	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_8B _U CUMPLIMIENTO RECIB INFORM. NORMATIVA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	35	18,1	18,3	18,3
	2	56	29,0	29,3	47,6
	3	52	26,9	27,2	74,9
	4	48	24,9	25,1	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,592 Mode 2,000 Std dev 1,057

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_8C IMPORTANCIA RECIB. INFORMAC. NORMATIVA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	1,6	1,6	1,6
	2	12	6,2	6,3	7,9
	3	55	28,5	28,9	36,8
	4	120	62,2	63,2	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean	3,537	Mode	4,000	Std dev	,687
Valid cases	190	Missing cases	3		

P10_9A CONOCIMIENTO NOMBRE MÉDICO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	182	94,3	95,3	95,3
	2	9	4,7	4,7	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode	1,000		
Valid cases	191	Missing cases	2

P10_9B_U CUMPLIMIENTO NOMBRE MÉDICO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	25	13,0	13,1	13,1
	2	47	24,4	24,6	37,7
	3	56	29,0	29,3	67,0
	4	63	32,6	33,0	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean	2,822	Mode	4,000	Std dev	1,036
Valid cases	191	Missing cases	2		

P10_9C IMPORTANCIA NOMBRE MÉDICO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	2,6	2,6	2,6
	2	3	1,6	1,6	4,2
	3	20	10,4	10,5	14,7
	4	163	84,5	85,3	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean	3,785	Mode	4,000	Std dev	,599
Valid cases	191	Missing cases	2		

P10_10A CONOCIMIENTO NOMBRE ENFERMERA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	177	91,7	92,7	92,7
	2	14	7,3	7,3	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_10B_ CUMPLIMIENTO NOMBRE ENFERMERA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	19	9,8	9,8	9,8
	2	28	14,5	14,5	24,4
	3	77	39,9	39,9	64,2
	4	69	35,8	35,8	100,0
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,016 Mode 3,000 Std dev ,949

Valid cases 193 Missing cases 0

P10_10C IMPORTANCIA NOMBRE ENFERMERA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	4	2,1	2,1	2,1
	2	8	4,1	4,2	6,3
	3	32	16,6	16,8	23,0
	4	147	76,2	77,0	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,686 Mode 4,000 Std dev ,654
Valid cases 191 Missing cases 2

P10_11A CONOCIMIENTO IDENTIFICACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	165	85,5	86,4	86,4
	2	26	13,5	13,6	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_11B_ CUMPLIMIENTO IDENTIFICACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	40	20,7	20,7	20,7
	2	49	25,4	25,4	46,1
	3	60	31,1	31,1	77,2
	4	44	22,8	22,8	100,0
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,560 Mode 3,000 Std dev 1,060

Valid cases 193 Missing cases 0

P10_11C IMPORTANCIA IDENTIFICACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	3,6	3,7	3,7
	2	18	9,3	9,5	13,2
	3	53	27,5	27,9	41,1
	4	112	58,0	58,9	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,421 Mode 4,000 Std dev ,811

Valid cases 190 Missing cases 3

P10_12A CONOCIMIENTO INFORMAC. COSTE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	96	49,7	50,5	50,5
	2	94	48,7	49,5	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 190 Missing cases 3

P10-12B CUMPLIMIENTO INFORMAC. COSTE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	106	54,9	61,3	61,3
	2	33	17,1	19,1	80,3
	3	17	8,8	9,8	90,2
	4	17	8,8	9,8	100,0
	,	20	10,4	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 1,682 Mode 1,000 Std dev 1,004

Valid cases 173 Missing cases 20

P10_12C IMPORTANCIA INFORMAC. COSTE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	33	17,1	17,8	17,8
	2	37	19,2	20,0	37,8
	3	53	27,5	28,6	66,5
	4	62	32,1	33,5	100,0
	,	8	4,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,778 Mode 4,000 Std dev 1,098

Valid cases 185 Missing cases 8

P10_13A CONOCIMIENTO INFORMAC. COMPLEMENTARIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	165	85,5	86,8	86,8
	2	25	13,0	13,2	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 190 Missing cases 3

P10_13B_ CUMPLIMIENTO INOFMAC. COMPLEMENTARIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	27	14,0	14,3	14,3
	2	48	24,9	25,4	39,7
	3	73	37,8	38,6	78,3
	4	41	21,2	21,7	100,0
	,	4	2,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,677 Mode 3,000 Std dev ,971

Valid cases 189 Missing cases 4

P10_13C IMPORTANCIA INFORMAC. COMPLEMENTARIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	1,6	1,6	1,6
	2	17	8,8	8,9	10,5
	3	64	33,2	33,5	44,0
	4	107	55,4	56,0	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,440 Mode 4,000 Std dev ,722

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_14A CONOCIMIENTO VÍAS RECLAMAC.

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	167	86,5	87,9	87,9
	2	23	11,9	12,1	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 190 Missing cases 3

P10_14B_ CUMPLIMIENTO VÍAS RECLAMAC.

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	46	23,8	24,2	24,2
	2	78	40,4	41,1	65,3
	3	37	19,2	19,5	84,7
	4	29	15,0	15,3	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,258 Mode 2,000 Std dev ,993
Valid cases 190 Missing cases 3

P10_14C IMPORTANCIA VÍAS RECLAMAC.

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	2,6	2,6	2,6
	2	18	9,3	9,5	12,1
	3	46	23,8	24,2	36,3
	4	121	62,7	63,7	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,489 Mode 4,000 Std dev ,775
Valid cases 190 Missing cases 3

P10_15A CONOCIMIENTO MOTIVO INGRESO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	186	96,4	99,5	99,5
	2	1	,5	,5	100,0
	,	6	3,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 187 Missing cases 6

P10_15B_ CUMPLIMIENTO MOTIVO INGRESO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	14	7,3	7,3	7,3
	2	33	17,1	17,3	24,6
	3	64	33,2	33,5	58,1
	4	80	41,5	41,9	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,099 Mode 4,000 Std dev ,938
Valid cases 191 Missing cases 2

P10_15C IMPORTANCIA MOTIVO INGRESO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	1,0	1,0	1,0
	2	2	1,0	1,0	2,1
	3	13	6,7	6,8	8,9
	4	174	90,2	91,1	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,880 Mode 4,000 Std dev ,437
Valid cases 191 Missing cases 2

P10_16A CONOCIMIENTO INFORMAC. PRUEBAS DE RIESGO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	180	93,3	94,7	94,7
	2	10	5,2	5,3	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 190 Missing cases 3

P10_16B_ CUMPLIMIENTO INFORMAC. PRUEBAS DE RIESGO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	22	11,4	11,5	11,5
	2	58	30,1	30,4	41,9
	3	73	37,8	38,2	80,1
	4	38	19,7	19,9	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,665 Mode 3,000 Std dev ,925

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_16C IMPORTANCIA INFORMAC. PRUEBAS DE RIESGO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	1,6	1,6	1,6
	2	1	,5	,5	2,1
	3	17	8,8	8,9	11,0
	4	170	88,1	89,0	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,853 Mode 4,000 Std dev ,481
Valid cases 191 Missing cases 2

P10_17A CONOCIMIENTO ESTUDIOS INVESTIGACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	167	86,5	88,8	88,8
	2	21	10,9	11,2	100,0
	,	5	2,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 188 Missing cases 5

P10_17B CUMPLIMIENTO ESTUDIOS INVESTIGACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	70	36,3	37,4	37,4
	2	52	26,9	27,8	65,2
	3	31	16,1	16,6	81,8
	4	34	17,6	18,2	100,0
	,	6	3,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,155 Mode 1,000 Std dev 1,118
Valid cases 187 Missing cases 6

P10_17C IMPORTANCIA ESTUDIOS INVESTIGACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	3,6	3,7	3,7
	2	4	2,1	2,1	5,8
	3	22	11,4	11,6	17,5
	4	156	80,8	82,5	100,0
	,	4	2,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,730 Mode 4,000 Std dev ,681
Valid cases 189 Missing cases 4

P10_18A CONOCIMIENTO INFORME ALTA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	187	96,9	97,9	97,9
	2	4	2,1	2,1	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 191 Missing cases 2

P10_18B CUMPLIMIENTO INFORME ALTA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	2,6	2,6	2,6
	2	5	2,6	2,6	5,3
	3	13	6,7	6,8	12,1
	4	167	86,5	87,9	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,800 Mode 4,000 Std dev ,610
Valid cases 190 Missing cases 3

P10_18C IMPORTANCIA INFORME ALTA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	1,6	1,6	1,6
	2	2	1,0	1,0	2,6
	3	4	2,1	2,1	4,7
	4	182	94,3	95,3	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,911 Mode 4,000 Std dev ,444
Valid cases 191 Missing cases 2

P10_19A CONOCIMIENTO ACCESO H. CLÍNICA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	130	67,4	68,4	68,4
	2	60	31,1	31,6	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 190 Missing cases 3

P10_19B_ CUMPLIMIENTO ACCESO H. CLÍNICA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	88	45,6	48,9	48,9
	2	41	21,2	22,8	71,7
	3	31	16,1	17,2	88,9
	4	20	10,4	11,1	100,0
	,	13	6,7	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 1,906 Mode 1,000 Std dev 1,050

Valid cases 180 Missing cases 13

P10_19C IMPORTANCIA ACCESO H. CLÍNICA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	10	5,2	5,4	5,4
	2	28	14,5	15,2	20,7
	3	45	23,3	24,5	45,1
	4	101	52,3	54,9	100,0
	,	9	4,7	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,288 Mode 4,000 Std dev ,917
Valid cases 184 Missing cases 9

P10_20A CONOCIMIENTO CONFIDENCIALIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	182	94,3	95,3	95,3
	2	9	4,7	4,7	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 191 Missing cases 2

P10_20B CUMPLIMIENTO CONFIDENCIALIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	12	6,2	6,4	6,4
	2	20	10,4	10,6	17,0
	3	45	23,3	23,9	41,0
	4	111	57,5	59,0	100,0
	,	5	2,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,356 Mode 4,000 Std dev ,911
Valid cases 188 Missing cases 5

P10_20C IMPORTANCIA CONFIDENCIALIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	6	3,1	3,1	3,1
	2	8	4,1	4,2	7,3
	3	22	11,4	11,5	18,8
	4	155	80,3	81,2	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,707 Mode 4,000 Std dev ,694

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_21A CONOCIMIENTO AUTORIZ. P. DIAGNÓSTICAS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	168	87,0	89,4	89,4
	2	20	10,4	10,6	100,0
	,	5	2,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 188 Missing cases 5

P10_21B CUMPLIMIENTO AUTORIZ. P. DIAGNÓSTICAS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	21	10,9	11,5	11,5
	2	39	20,2	21,4	33,0
	3	51	26,4	28,0	61,0
	4	71	36,8	39,0	100,0
	,	11	5,7	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,945 Mode 4,000 Std dev 1,034
Valid cases 182 Missing cases 11

P10_21C IMPORTANCIA AUTORIZ. P. DIAGNÓSTICAS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	4	2,1	2,1	2,1
	2	4	2,1	2,1	4,3
	3	31	16,1	16,5	20,7
	4	149	77,2	79,3	100,0
	,	5	2,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,729 Mode 4,000 Std dev ,608

Valid cases 188 Missing cases 5

P10_22A CONOCIMIENTO SITUACIÓN FAMILIAR

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	142	73,6	75,1	75,1
	2	47	24,4	24,9	100,0
	,	4	2,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 189 Missing cases 4

P10_22B CUMPLIMIENTO SITUACIÓN FAMILIAR

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	42	21,8	23,0	23,0
	2	65	33,7	35,5	58,5
	3	46	23,8	25,1	83,6
	4	30	15,5	16,4	100,0
	,	10	5,2	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,350 Mode 2,000 Std dev 1,010

Valid cases 183 Missing cases 10

P10_22C IMPORTANCIA SITUACIÓN FAMILIAR

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	2,6	2,7	2,7
	2	11	5,7	5,9	8,6
	3	43	22,3	23,1	31,7
	4	127	65,8	68,3	100,0
	,	7	3,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,570 Mode 4,000 Std dev ,726

Valid cases 186 Missing cases 7

P10_23A CONOCIMIENTO INF. TRASLADO CENTRO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	156	80,8	82,1	82,1
	2	34	17,6	17,9	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 190 Missing cases 3

P10_23B CUMPLIMIENTO INF. TRASLADO CENTRO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	12	6,2	6,5	6,5
	2	39	20,2	21,0	27,4
	3	69	35,8	37,1	64,5
	4	66	34,2	35,5	100,0
	,	7	3,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,016 Mode 3,000 Std dev ,909
Valid cases 186 Missing cases 7

P10_23C IMPORTANCIA INF. TRASLADO CENTRO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	1,6	1,6	1,6
	2	4	2,1	2,1	3,7
	3	33	17,1	17,6	21,4
	4	147	76,2	78,6	100,0
	,	6	3,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,733 Mode 4,000 Std dev ,580
Valid cases 187 Missing cases 6

P10_24A CONOCIMIENTO ALTA VOLUNTARIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	177	91,7	92,7	92,7
	2	14	7,3	7,3	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_24B CUMPLIMIENTO ALTA VOLUNTARIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	10	5,2	5,3	5,3
	2	24	12,4	12,6	17,9
	3	58	30,1	30,5	48,4
	4	98	50,8	51,6	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,284 Mode 4,000 Std dev ,881
Valid cases 190 Missing cases 3

P10_24C IMPORTANCIA ALTA VOLUNTARIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	4	2,1	2,1	2,1
	2	10	5,2	5,2	7,3
	3	38	19,7	19,8	27,1
	4	140	72,5	72,9	100,0
	,	1	,5	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,635 Mode 4,000 Std dev ,681
Valid cases 192 Missing cases 1

P10_25A CONOCIMIENTO MORIR CON DIGNIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	185	95,9	96,9	96,9
	2	6	3,1	3,1	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_25B CUMPLIMIENTO MORIR CON DIGNIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	48	24,9	25,5	25,5
	2	41	21,2	21,8	47,3
	3	51	26,4	27,1	74,5
	4	48	24,9	25,5	100,0
	,	5	2,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,527 Mode 3,000 Std dev 1,130

Valid cases 188 Missing cases 5

P10_25C IMPORTANCIA MORIR CON DIGNIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	4	2,1	2,1	2,1
	4	187	96,9	97,9	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,937 Mode 4,000 Std dev ,431

Valid cases 191 Missing cases 2

P10_26A CONOCIMIENTO INFORM. DERECHOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	177	91,7	92,7	92,7
	2	14	7,3	7,3	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 191

P10_26B_ CUMPLIMIENTO INFORM. DERECHOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	38	19,7	20,5	20,5
	2	57	29,5	30,8	51,4
	3	54	28,0	29,2	80,5
	4	36	18,7	19,5	100,0
	,	8	4,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,476 Mode 2,000 Std dev 1,027

Valid cases 185 Missing cases 8

P10_26C IMPOPTANCIA INFORM. DERECHOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	1,0	1,1	1,1
	2	7	3,6	3,7	4,8
	3	29	15,0	15,3	20,1
	4	151	78,2	79,9	100,0
	,	4	2,1	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,741 Mode 4,000 Std dev ,576

Valid cases 189 Missing cases 4

P10_27A CONOCIMIENTO PRESENTAR RECLAMACIONES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	164	85,0	85,9	85,9
	2	27	14,0	14,1	100,0
	,	2	1,0	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 191 Missing cases 2

P10_27B CUMPLIMIENTO PRESENTAR RECLAMACIONES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	43	22,3	22,9	22,9
	2	61	31,6	32,4	55,3
	3	54	28,0	28,7	84,0
	4	30	15,5	16,0	100,0
	,	5	2,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 2,378 Mode 2,000 Std dev 1,008
Valid cases 188 Missing cases 5

P10_27C IMPORTANCIA PRESENTAR RECLAMACIONES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	6	3,1	3,2	3,2
	2	6	3,1	3,2	6,3
	3	43	22,3	22,6	28,9
	4	135	69,9	71,1	100,0
	,	3	1,6	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mean 3,616 Mode 4,000 Std dev ,701
Valid cases 190 Missing cases 3

P11- A 1ª CAUSA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	29	15,0	16,0	16,0
	2	1	,5	,6	16,6
	3	33	17,1	18,2	34,8
	4	18	9,3	9,9	44,8
	5	8	4,1	4,4	49,2
	6	12	6,2	6,6	55,8
	7	8	4,1	4,4	60,2
	8	19	9,8	10,5	70,7
	9	8	4,1	4,4	75,1
	11	2	1,0	1,1	76,2
	12	1	,5	,6	76,8
	13	3	1,6	1,7	78,5
	14	1	,5	,6	79,0
	15	38	19,7	21,0	100,0
	,	12	6,2	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 15,000
Valid cases 181 Missing cases 12

P11_B 2º CAUSA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	21	10,9	11,7	11,7
	2	9	4,7	5,0	16,7
	3	26	13,5	14,4	31,1
	4	13	6,7	7,2	38,3
	5	4	2,1	2,2	40,6
	6	21	10,9	11,7	52,2
	7	15	7,8	8,3	60,6
	8	28	14,5	15,6	76,1
	9	5	2,6	2,8	78,9
	10	2	1,0	1,1	80,0
	11	12	6,2	6,7	86,7
	12	6	3,1	3,3	90,0
	13	3	1,6	1,7	91,7
	14	3	1,6	1,7	93,3
	15	12	6,2	6,7	100,0
	,	13	6,7	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 8,000
Valid cases 180 Missing cases 13

P11_C 3º CAUSA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	17	8,8	9,4	9,4
	2	8	4,1	4,4	13,8
	3	14	7,3	7,7	21,5
	4	9	4,7	5,0	26,5
	5	18	9,3	9,9	36,5
	6	19	9,8	10,5	47,0
	7	19	9,8	10,5	57,5
	8	32	16,6	17,7	75,1
	9	3	1,6	1,7	76,8
	10	3	1,6	1,7	78,5
	11	8	4,1	4,4	82,9
	12	7	3,6	3,9	86,7
	13	9	4,7	5,0	91,7
	14	2	1,0	1,1	92,8
	15	13	6,7	7,2	100,0
	,	12	6,2	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 8,000

Valid cases 181 Missing cases 12

P11_D 4º CAUSA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	18	9,3	10,0	10,0
	2	8	4,1	4,4	14,4
	3	19	9,8	10,6	25,0
	4	8	4,1	4,4	29,4
	5	17	8,8	9,4	38,9
	6	13	6,7	7,2	46,1
	7	27	14,0	15,0	61,1
	8	15	7,8	8,3	69,4
	9	9	4,7	5,0	74,4
	10	3	1,6	1,7	76,1
	11	8	4,1	4,4	80,6

12	9	4,7	5,0	85,6
13	9	4,7	5,0	90,6
14	6	3,1	3,3	93,9
15	11	5,7	6,1	100,0
,	13	6,7	Missing	
Total	193	100,0	100,0	

Mode 7,000

Valid cases 180 Missing cases 13

P11_E 5º CAUSA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	21	10,9	12,0	12,0
	2	8	4,1	4,6	16,6
	3	13	6,7	7,4	24,0
	4	7	3,6	4,0	28,0
	5	13	6,7	7,4	35,4
	6	15	7,8	8,6	44,0
	7	11	5,7	6,3	50,3
	8	14	7,3	8,0	58,3
	9	5	2,6	2,9	61,1
	10	5	2,6	2,9	64,0
	11	12	6,2	6,9	70,9
	12	16	8,3	9,1	80,0
	13	12	6,2	6,9	86,9
	14	4	2,1	2,3	89,1
	15	18	9,3	10,3	99,4
	18	1	,5	,6	100,0
	,	18	9,3	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 175 Missing cases 18

P12A 1º ACTUACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
1	2	2	1,0	1,4	1,4
10	3	2	1,0	1,4	2,8
11	4	3	1,6	2,1	4,9
12	5	1	,5	,7	5,6
13	6	4	2,1	2,8	8,4
2	7	13	6,7	9,1	17,5
3	8	17	8,8	11,9	29,4
4	9	13	6,7	9,1	38,5
5	10	74	38,3	51,7	90,2
6	11	9	4,7	6,3	96,5
7	12	4	2,1	2,8	99,3
8	13	1	,5	,7	100,0
	,	50	25,9	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 10,000
Valid cases 143 Missing cases 50

P12B 2º ACTUACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
10	2	2	1,0	1,7	1,7
11	3	8	4,1	6,7	8,3
12	4	1	,5	,8	9,2
13	5	8	4,1	6,7	15,8
2	6	17	8,8	14,2	30,0
3	7	20	10,4	16,7	46,7
4	8	26	13,5	21,7	68,3
5	9	22	11,4	18,3	86,7
6	10	7	3,6	5,8	92,5
7	11	3	1,6	2,5	95,0
8	12	4	2,1	3,3	98,3
9	13	2	1,0	1,7	100,0
	,	73	37,8	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 8,000
Valid cases 120 Missing cases 73

P12 C 3º ACTUACIÓN

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
10	2	1	,5	1,1	1,1
11	3	5	2,6	5,4	6,5
12	4	2	1,0	2,2	8,6
13	5	6	3,1	6,5	15,1
2	6	10	5,2	10,8	25,8
3	7	25	13,0	26,9	52,7
4	8	18	9,3	19,4	72,0
5	9	16	8,3	17,2	89,2
6	10	3	1,6	3,2	92,5
7	11	5	2,6	5,4	97,8
8	12	2	1,0	2,2	100,0
	,	100	51,8	Missing	
	Total	193	100,0	100,0	

Mode 7,000

Valid cases 93 Missing cases 100

********** USUARIS **********

P1_U1 EDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	14	1	1,1	1,1	1,1
	16	1	1,1	1,1	2,1
	19	1	1,1	1,1	3,2
	21	1	1,1	1,1	4,3
	22	1	1,1	1,1	5,3
	25	1	1,1	1,1	6,4
	27	2	2,1	2,1	8,5
	28	1	1,1	1,1	9,6
	30	4	4,3	4,3	13,8
	32	1	1,1	1,1	14,9
	33	1	1,1	1,1	16,0
	34	1	1,1	1,1	17,0
	35	2	2,1	2,1	19,1
	36	2	2,1	2,1	21,3
	37	1	1,1	1,1	22,3
	41	1	1,1	1,1	23,4
	42	1	1,1	1,1	24,5
	43	2	2,1	2,1	26,6
	44	1	1,1	1,1	27,7
	45	4	4,3	4,3	31,9
	46	1	1,1	1,1	33,0
	48	1	1,1	1,1	34,0
	50	1	1,1	1,1	35,1
	51	1	1,1	1,1	36,2
	52	1	1,1	1,1	37,2
	53	1	1,1	1,1	38,3
	54	2	2,1	2,1	40,4
	55	3	3,2	3,2	43,6
	56	1	1,1	1,1	44,7
	57	1	1,1	1,1	45,7
	58	2	2,1	2,1	47,9
	59	2	2,1	2,1	50,0
	60	2	2,1	2,1	52,1
	61	7	7,4	7,4	59,6
	62	4	4,3	4,3	63,8
	63	2	2,1	2,1	66,0
	64	5	5,3	5,3	71,3
	65	7	7,4	7,4	78,7
	67	1	1,1	1,1	79,8
	68	1	1,1	1,1	80,9
	69	3	3,2	3,2	84,0
	70	1	1,1	1,1	85,1
	72	2	2,1	2,1	87,2
	74	2	2,1	2,1	89,4
	75	3	3,2	3,2	92,6

	76	1	1,1	1,1	93,6
	77	2	2,1	2,1	95,7
	83	1	1,1	1,1	96,8
	85	1	1,1	1,1	97,9
	90	1	1,1	1,1	98,9
	91	1	1,1	1,1	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

Mean 54,404 Mode 61,000 Std dev 17,380

* Multiple modes exist. The smallest value is shown.

Valid cases 94 Missing cases 0

P4_U2 SEXO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
DONA	1	35	37,2	37,6	37,6
home	2	58	61,7	62,4	100,0
	,	1	1,1	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mode 2,000

Valid cases 93 Missing cases 1

U3 NIVEL DE ESTUDIOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
PRIMARIS	1	40	42,6	43,0	43,0
SECUNDARIS	2	25	26,6	26,9	69,9
SUPERIORS	3	20	21,3	21,5	91,4
SENSE ESTUDIS	4	8	8,5	8,6	100,0
	,	1	1,1	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 93 Missing cases 1

U4 INGRESOS ANTERIORES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	51	54,3	54,3	54,3
	2	43	45,7	45,7	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 94 Missing cases 0

U4_QUANT ¿CUANTAS VECES ?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	15	16,0	29,4	29,4
	2	13	13,8	25,5	54,9
	3	9	9,6	17,6	72,5
	4	3	3,2	5,9	78,4
	5	7	7,4	13,7	92,2
	6	2	2,1	3,9	96,1
	15	1	1,1	2,0	98,0
	20	1	1,1	2,0	100,0
	,	43	45,7	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean 3,176 Mode 1,000 Std dev 3,327

Valid cases 51 Missing cases 43

U5 INTERVENCION QUIRURGICA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	62	66,0	67,4	67,4
	2	30	31,9	32,6	100,0
	,	2	2,1	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mode 1,000
Valid cases 92 Missing cases 2

U5_CONS_ DAR CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	37	39,4	58,7	58,7
	2	26	27,7	41,3	100,0
	,	31	33,0	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mode 1,000

Valid cases 63 Missing cases 31

P10_1B_U TRATO SATISFACTORIO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	1	1,1	1,1	1,1
	2	1	1,1	1,1	2,1
	3	10	10,6	10,6	12,8
	4	82	87,2	87,2	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

Mean 3,840 Mode 4,000 Std dev ,471

Valid cases 94 Missing cases 0

P10_2B_U TRAMITES ADMINISTRATIVOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	2	2,1	2,2	2,2
	3	13	13,8	14,1	16,3
	4	77	81,9	83,7	100,0
	,	2	2,1	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean 3,815 Mode 4,000 Std dev ,443

Valid cases 92 Missing cases 2

P10_3B_U TRATADO CON RESPETO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	1	1,1	1,1	1,1
	3	6	6,4	6,4	7,4
	4	87	92,6	92,6	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	3,915	Mode	4,000	Std dev	,317
Valid cases	94	Missing cases	0		

P10_4B_U RESPETO DIGNIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2,1	2,1	2,1
	2	1	1,1	1,1	3,2
	3	11	11,7	11,7	14,9
	4	80	85,1	85,1	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	3,798	Mode	4,000	Std dev	,560
Valid cases	94	Missing cases	0		

P10_5B_U RESPETO A LA RELIGION

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	1	1,1	1,2	1,2
	2	1	1,1	1,2	2,4
	3	1	1,1	1,2	3,6
	4	80	85,1	96,4	100,0
	,	11	11,7	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	3,928	Mode	4,000	Std dev	,407
Valid cases	83	Missing cases	11		

P10_6B_U FACILITAR COMUNICACION CON FAMILIARES Y AMIGOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	3	6	6,4	6,4	6,4
	4	88	93,6	93,6	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	3,936	Mode	4,000	Std dev	,246
Valid cases	94	Missing cases	0		

P10_7B_U OBTENER INFORMACION COMPLEMENTARIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	36	38,3	39,6	39,6
	2	9	9,6	9,9	49,5
	3	34	36,2	37,4	86,8
	4	12	12,8	13,2	100,0
	,	3	3,2	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	2,242	Mode	1,000	Std dev	1,119
Valid cases	91	Missing cases	3		

P10_8B_U OBTENER INFORMACION DE LA NORMATIVA DEL HOSPITAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	41	43,6	44,1	44,1
	2	10	10,6	10,8	54,8
	3	34	36,2	36,6	91,4
	4	8	8,5	8,6	100,0
	,	1	1,1	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	2,097	Mode	1,000	Std dev	1,074
Valid cases	93	Missing cases	1		

P10_9B_U CONOCER EL NOMBRE DEL MEDICO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	17	18,1	18,1	18,1
	4	77	81,9	81,9	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	3,457	Mode	4,000	Std dev	1,161
Valid cases	94	Missing cases	0		

P10_11B_ INFORMACION DE LA IDENTIFICACION DEL PERSONAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	35	37,2	37,6	37,6
	2	13	13,8	14,0	51,6
	3	31	33,0	33,3	84,9
	4	14	14,9	15,1	100,0
	,	1	1,1	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	2,258	Mode	1,000	Std dev	1,122
Valid cases	93	Missing cases	1		

P10_13B_ INFORMACION DE LOS SERVICIOS RELIGIOSOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	56	59,6	62,2	62,2
	2	3	3,2	3,3	65,6
	3	21	22,3	23,3	88,9
	4	10	10,6	11,1	100,0
	,	4	4,3	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	1,833	Mode	1,000	Std dev	1,134
Valid cases	90	Missing cases	4		

P10_14B_ VIAS DE RECLAMACIONES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	59	62,8	64,1	64,1
	2	7	7,4	7,6	71,7
	3	21	22,3	22,8	94,6
	4	5	5,3	5,4	100,0
	,	2	2,1	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	1,696	Mode	1,000	Std dev	1,003
Valid cases	92	Missing cases	2		

P10_15B_ INFORMACION DEL MOTIVO DEL INGRESO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	3,2	3,3	3,3
	2	3	3,2	3,3	6,5
	3	30	31,9	32,6	39,1
	4	56	59,6	60,9	100,0
	,	2	2,1	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	3,511	Mode	4,000	Std dev	,719
Valid cases	92	Missing cases	2		

P10_16B_ INFORMACION DEL RIESGO DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	19	20,2	21,1	21,1
	2	5	5,3	5,6	26,7
	3	34	36,2	37,8	64,4
	4	32	34,0	35,6	100,0
	,	4	4,3	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	2,878	Mode	3,000	Std dev	1,120
Valid cases	90	Missing cases	4		

P10_19B_ INFORMACION CLINICA REQUERIDA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	1	1,1	1,1	1,1
	2	5	5,3	5,5	6,6
	3	43	45,7	47,3	53,8
	4	42	44,7	46,2	100,0
	,	3	3,2	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	3,385	Mode	3,000	Std dev	,646
Valid cases	91	Missing cases	3		

P10_26B_ INFORMACION DE SUS DERECHOS COMO USUARIO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	49	52,1	53,3	53,3
	2	9	9,6	9,8	63,0
	3	27	28,7	29,3	92,4
	4	7	7,4	7,6	100,0
	,	2	2,1	Missing	
	Total	94	100,0	100,0	

Mean	1,913	Mode	1,000	Std dev	1,065
Valid cases	92	Missing cases	2		