

## Marco legal del anesestesiólogo en la cirugía mayor ambulatoria Legal framework of the anesthesiologist in a day case surgery

R. Ruiz Abascal, J. Puertas Domínguez, E. Matute González, A. López del Castillo,  
P. Morillas Sendin

*Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Sanitas La Moraleja. Madrid*

Autor para correspondencia: docroberto2001@yahoo.es

### RESUMEN

El marco legal del anesestesiólogo en Cirugía Mayor Ambulatoria está cobrando relativa importancia en los últimos años. Cada vez más los profesionales vamos tomando conciencia de las implicaciones legales en las que podemos incurrir al realizar nuestro trabajo diario. El análisis de sentencias judiciales en España demuestra que es una especialidad con altas cuantías indemnizatorias.

Es muy importante que los anesestesiólogos conozcamos todo lo relativo a las normas de los servicios y centros donde desarrollamos nuestra labor asistencial, de igual manera debemos conocer las normas de los colegios profesionales y de las sociedades científicas, y las leyes de ámbito regional y estatal que afectan a nuestro trabajo.

*Palabras clave: Marco legal, norma jurídica, unidades de cirugía mayor ambulatoria, deber de cuidado, lex artis.*

### ABSTRACT

The legal framework anesthesiologist at Ambulatory Surgery, is gaining on importance in recent years, more and more professionals will become aware of the legal implications you may incur while performing our daily work. Analysis of court decisions in Spain shows that anesthesiology is a specialty with high compensatory amounts.

It is very important that anesthesiologists know everything about standards of services and facilities where we do care work, just as we must know the rules of professional associations and scientific societies, and the laws of regional and state level that affect our work.

*Key words: legal framework, legal rule, ambulatory surgery units, duty of care, lex artis.*

### INTRODUCCIÓN

El marco legal del anesestesiólogo en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) está cobrando relativa importancia en los últimos años. Cada vez más los profesionales vamos tomando conciencia de las implicaciones legales en las que podemos incurrir al realizar nuestro trabajo diario. El análisis de sentencias judiciales en España demuestra que es una especialidad con altas cuantías indemnizatorias.

Es muy importante que los anesestesiólogos conozcamos todo lo relativo a las normas de los servicios y centros donde desarrollamos nuestra labor asistencial, de igual manera debemos conocer las normas de los colegios profesionales y de las sociedades científicas, y las leyes de ámbito regional y estatal que afectan a nuestro trabajo.

## LA INICIACIÓN AL DERECHO QUE TODO ANESTESIÓLOGO DEBERÍA CONOCER

Para encuadrar el tema, debemos primero conocer algunos conceptos sencillos, como son derecho y fuentes del derecho.

La palabra “derecho” proviene del término latino *directum*, que significa “lo que está conforme a la regla”. El derecho regula la conducta humana en la sociedad. Por su parte, “fuentes del derecho” es todo aquello que contribuye o ha contribuido a crear el conjunto de reglas jurídicas aplicables dentro de un estado en un momento dado.

En nuestro país, las fuentes del derecho son tres: las fuentes escritas (tratados internacionales, Constitución, leyes, reglamentos, etc.), la jurisprudencia (Tribunal Supremo) y la costumbre (Derecho Consuetudinario). Actualmente hay dos elementos imprescindibles para que una conducta se califique como costumbre y tenga efectos jurídicos: a) el uso repetitivo y generalizado (se considera costumbre a un comportamiento realizado por todos los miembros de una comunidad o sociedad, y este se debe repetir a lo largo del tiempo) y b) conciencia de obligatoriedad (todos los miembros de esa sociedad deben considerar que la conducta común a todos ellos tiene una autoridad).

La diferencia entre “ley” y “costumbre” es que la “ley” procede del poder legislativo que la sociedad crea y elige, y la “costumbre” procede de la propia sociedad que, mediante la observación continuada de una conducta, acaba por imponerla como precepto.

Las leyes pueden ser distintos ámbitos:

- Estatales: bien orgánicas (mayoría absoluta, actos importantes), bien ordinarias (se aprueban por mayoría simple).
- Autonómicas o regionales: que desarrollan dentro de sus competencias determinadas leyes estatales. Cuando hay un conflicto lo resuelve el Tribunal Constitucional.
- Normas parlamentarias que se equiparan a la ley, como el real decreto ley (norma con fuerza de ley, emanada del gobierno, surge para afrontar circunstancias excepcionales), o el real decreto legislativo (permite al gobierno de acuerdo con el parlamento dictar leyes sobre materias no concretas de leyes orgánicas previas).

También debemos conocer que las normas internas de instituciones como ministerios, comunidades autónomas, alcaldías, consejerías, hospitales, etc., pueden tener un valor equivalente a la ley para los jueces a la hora de juzgar nuestra actuación.

De igual manera, las normas de las instituciones directamente relacionadas con los médicos anestesiólogos, como

los colegios profesionales o las sociedades científicas e incluso los propios servicios de anestesia pueden llegar a ser interpretados como fuentes de derecho por un juez (protocolos, guías clínicas, etc.).

*Por último recordar que “El desconocimiento de la Ley, no exime de su cumplimiento” (artículo 6 del CC, artículo 14 del CP).*

## ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS LOS ANESTESIÓLOGOS EN EL ÁMBITO DE LA CMA?

Realmente no tenemos un marco legal definido en el ámbito de la anestesia ni en la anestesia en la CMA, ni siquiera en el ámbito de la medicina en general. Por tanto, nuestra actuación como anestesiólogos en la CMA va a estar regulada legalmente por las normas del servicio, del centro, de nuestra sociedad científica, y por las leyes de carácter estatal o regional que intentan delimitar cualquier aspecto de nuestro trabajo, como aquellas que rigen la Constitución y desarrollo de unidades de CMA, la formación médica, los derechos y deberes de los pacientes y de los médicos, la obligación de realizar, custodiar y entregar la información escrita a los pacientes, comunicar datos a las autoridades, los requerimientos para la formación de profesionales, etc. Podríamos considerar la actuación clínica de la anestesia en CMA como una costumbre que mana del conocimiento y la evidencia científicos, la investigación y el trabajo diario plasmado en guías, protocolos o vías clínicas.

Todo esto es entendible, ya que dada la complejidad del conocimiento médico actual, ningún poder legislativo o ejecutivo sería capaz de redactar leyes o normas jurídicas que regulasen nuestra actividad como anestesiólogos, aunque no podemos olvidar la jurisprudencia que puede tener rango de norma jurídica para un juez.

## ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE CMA

En el Manual de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (estándares y recomendaciones 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo) se indica que el objeto de la misma es: “... poner a disposición del profesional los criterios para profundizar en este tipo de unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica...”.

Los estándares y recomendaciones atienden a aspectos relativos a: derechos y garantías de los pacientes, seguridad del paciente, gestión y organización, estructura física y recursos materiales, recursos humanos de las unidades, revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de las unidades de CMA.

Los estándares y recomendaciones de las unidades de CMA no tienen un carácter normativo en el sentido de establecer unos requisitos mínimos para la autorización de estas unidades o su acreditación. La responsabilidad de apertura y funcionamiento de estas unidades recae sobre las comunidades autónomas (Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 abril, Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios).

No existe legislación específica de forma general, ni siquiera sobre los requisitos mínimos necesarios que deben cumplir las unidades de CMA, salvo en algunas CC. AA. como Aragón, Castilla La Mancha, Madrid, etc.

## DEBERES Y OBLIGACIONES DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Tampoco existe una norma legal expresa que recoja o delimite los deberes del anestesiólogo, estableciendo claramente la responsabilidad de su incumplimiento. Sí existen los códigos deontológicos profesionales (OMC, julio 2011).

**El anestesiólogo tiene la obligación de cuidado**, pero ¿dónde se recoge dicha obligación? En el artículo 5.1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, LOPS: “los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables”. Si se fijan, este último renglón confiere rango de norma jurídica a las normas deontológicas.

Pero ¿qué es la obligación de cuidado o deber de cuidado? Toda acción tendente a lograr la curación de los pacientes para cada caso concreto y cuya ejecución se corresponde con lo objetivamente indicado por la ciencia médica del momento.

Como no existe legislación sobre cómo debe llevarse a cabo el deber de cuidado, el concepto técnico de *lex artis* adquiere un valor de norma jurídica, fundamentado en los protocolos y guías clínicas, que si en origen tienen como objetivo la mejora de la calidad asistencial y cuyos destinatarios son los propios profesionales médicos y no el juez, no puede olvidarse que pueden ser, y de hecho son, una manifestación destacada de la *lex artis* o una indicación de los cuidados que, en un momento determinado y con los medios disponibles en el lugar en el que se lleva a cabo la intervención, puede exigir el debido cuidado del paciente. Hay que matizar que los protocolos y guías de actuación son el resultado de la experiencia y, por tanto, de situaciones conocidas y que no pueden aplicarse a inci-

dentos imprevisibles, o que simplemente se manifiestan por primera vez.

Por otro lado, *los protocolos ni pueden derogar la libertad de prescripción, ni seguirse ciegamente, ni imponerse manu militari en virtud de criterios jerárquicos* (el médico puede salirse del protocolo siempre justificando que para ese paciente y para esa situación concreta era preciso).

Así, según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, LOPS, declara los siguientes principios generales de actuación de los profesionales sanitarios:

1. Los profesionales tendrán como guía de actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las normas deontológicas (aquí se confiere rango de norma jurídica a las normas deontológicas), determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de norma-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.
2. Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada y acreditarán regularmente su competencia profesional.
3. El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo en plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:
  - Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en la historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.
  - Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser usados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.
  - La eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos o unidades asistenciales equivalentes, sea cual sea su denominación, requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
  - La continuidad asistencial de los pacientes, tanto aquellos que sean atendidos por distintos profesiona-

les y especialistas dentro de un mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

Dadas las peculiaridades de nuestra especialidad, tales como manejo de fármacos peligrosos que no siempre se comportan de forma previsible según cada paciente, el medio en el que desarrollamos el trabajo (quirófano, reanimación, urgencias) que es de alto riesgo, la necesidad de trabajo en equipo con otros profesionales y que en ocasiones es muy difícil individualizar la responsabilidad, la finalidad de nuestra especialidad no es la curación del paciente, sino facilitar los medios para realizar medios diagnósticos y terapéuticos. *Por tanto, hoy en día la actuación anestésica correcta es la que se realiza de acuerdo con los parámetros y estándares de la práctica clínica en la especialidad, que incluyen el registro de todo el proceso relacionado con la asistencia del paciente, los estándares para la valoración preoperatoria y pruebas complementarias preoperatorias, los estándares de monitorización básica intraoperatoria y los estándares a seguir en los cuidados postanestésicos* (obligatoriedad de preanestesia, de presencia continuada del anestesiólogo en el acto anestésico, monitorización básica de la SEDAR, comprobación de los equipos de anestesia antes de su uso). En la actualidad, es obligado el uso de los *check list* de verificación. Estos son un ejemplo de integración de nuestra labor con la de otros profesionales (circulante, instrumentista, cirujano, etc).

### **¿Qué fallos con respecto al deber de cuidado motivan más reclamaciones judiciales y, por tanto, debemos cuidar más en nuestro trabajo diario?**

La falta de control postoperatorio del paciente y la falta de seguimiento de la evolución de la patología, ya que el seguimiento de los pacientes permite la detección y la corrección de complicaciones. La falta de atención en el postoperatorio constituye la primera causa de reclamación por falta de deber de cuidado.

Pero, ¿cómo evitarlas? El anestesiólogo deberá hacer un correcto seguimiento de su paciente, informarle sobre la evolución, corregir las complicaciones y evitar riesgos que pudieran presentarse o no haber sido contemplados antes de la cirugía. Esto implica un control postoperatorio estricto en la URPA, de la cual es responsable hasta el alta del paciente.

**En cuanto a la obligación de información que se debe dar a los pacientes y la obtención de su consentimiento para la realización de las diferentes técnicas anestésicas,** ya viene recogido por la Ley de 25 de abril de 1986,

o Ley General de Sanidad (LGS, 1986). Esta ley, con más de 20 años, supuso un paso adelante para los derechos de los pacientes en materia de respeto a su dignidad y voluntad de decidir, en relación con la información que se les debía dar sobre los procesos patológicos que padecieran. Dicha información debía ser comprensible y se debía dar al paciente o a sus allegados. Además, se tenía que proporcionar un consentimiento por escrito para que el paciente diera su visto bueno mediante su firma y rúbrica. Tan solo en tres casos la obtención de este consentimiento estaría justificada no obtenerla.

De igual manera, a su vez fue refrendado en el Convenio de Oviedo relativo a los derechos humanos y a la biomedicina (Convenio de Oviedo, 1997). En dicho convenio se manifestó que cualquier intervención en el ámbito de la salud de los individuos solo puede llevarse a cabo después de que el afectado haya dado su consentimiento, libre y voluntario. Con esta regla se pretendía dejar clara la autonomía del paciente con respecto a los profesionales sanitarios y restringir cualquier intento de enfoque paternalista.

El derecho a consentir intervenciones médicas adquirió carta de derecho fundamental en Europa, al ser incorporado a la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Diario oficial de las comunidades europeas, 2000), en la que se afirma que, en el marco de la medicina y la biología, se respetará el consentimiento libre e informado de la persona.

Actualmente, este punto viene recogido por el Código Deontológico de la OMC (Código Deontológico 2011), en el que se regula o se recomienda la existencia de una relación médico paciente basada única y exclusivamente en la confianza mutua. De igual manera, se recoge la obligación de que el médico respete las decisiones de sus pacientes y les proporcione la información necesaria, y la necesidad de obtener el consentimiento de los mismos, si no de ellos, al menos de sus familiares o representantes legales.

Posteriormente a estos primeros registros del derecho a la información, en la España constitucional surgen otros nuevos intentos de legislar de una manera más concisa y más definida, para el respeto de la voluntad de los pacientes, leyes nuevas, bien de ámbito nacional, bien de ámbito autonómico. Incluso en normas jurídicas dirigidas al ordenamiento de las profesiones sanitarias se hace referencia a estos temas del derecho y el respeto a la información y las decisiones de los pacientes.

En el año 2002 surge la ley, de ámbito nacional, que supone el punto de inflexión en cuanto a los derechos y las libertades de los pacientes usuarios de los sistemas público y privado de salud: la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002 (Ley

41/2002). En ella se recogen los mismos derechos y deberes de los pacientes en relación a la información y consentimiento clínicos, pero con matices mucho más avanzados de lo que había hasta entonces.

Esta ley modifica la regla establecida por la Ley General de Sanidad respecto a la solemnidad en la recogida del consentimiento informado (artículos 3, 8, 9 y 10, de la Ley 41/2002) que exige su formalización por escrito, determinando a partir de ahora que, con carácter general, el consentimiento será verbal. Simultáneamente en el mundo de la anestesia, introduce tres excepciones a esta regla general, como son la intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. La ley matiza además que el consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones referidas, por tanto no se puede realizar un documento de consentimiento común a la cirugía y a la anestesia. Además establece que el consentimiento informado escrito debe recoger una información básica para diferentes aspectos, como son: a) consecuencias seguras de la intervención, b) riesgos personalizados, c) riesgos típicos de la intervención y d) contraindicaciones.

Además, establece referentes legales para los casos en los que un paciente no puede dar su consentimiento, como es el caso de pacientes incapaces, menores de 16 años emancipados, menores de edad sin capacidad de entender la información, etc.

Por último, en el año 2003, y en un intento de clasificar las profesiones sanitarias y todo lo referente a su formación y forma y ámbito de ejercicio, surge la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), en la que además de intentar clarificar todo lo referente a la organización, formación y desarrollo de las distintas profesiones sanitarias en nuestro país, se hace mención al derecho de los pacientes a obtener información clínica acerca de sus padecimientos y de lo que ellos derive, en alusión a la Ley de Autonomía del Paciente.

**El anestesiólogo tiene la obligación de mantener el secreto profesional.** En este caso concreto, además de quedar recogido en el código deontológico, sí está regulado por ley, en concreto por:

- Artículo 199 del CP: “el que revelase secretos ajenos de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de 1 a 3 años y multa de 6 a 12 meses”.
- Ley orgánica 1/1982, de Protección Civil del Derecho al Honor, en su artículo 7.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, LBRAP, artículo 2.7: “la persona que elabore o tenga acceso a la información

y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida”.

- Ley 44/2003 21, de noviembre, LOPS, artículo 5.1: “los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de las mismas en la toma de decisiones que les afecten”.

Los historiales clínicos tienen carácter de documento público y puede ser utilizado jurídicamente como elemento de prueba, conforme a lo establecido en el artículo 317 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, “el derecho de acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas”.

**El anestesiólogo tiene la obligación de suministrar la información técnica, estadística y administrativa:**

“es el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos en los que interviene, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias”. Esto se recoge legalmente en la Ley 41/2002, LBRAP. Además esta es una obligación *ex lege*, esto es, nacida de la propia ley, y es de obligado cumplimiento o se incurriría en responsabilidad administrativa y se podría ser sancionado.

**El anestesiólogo tiene la obligación de conocimientos,**

el médico tiene la obligación de estar actualizado en conocimientos, cada cual en el campo en que desarrolla su ciencia. Esto está regulado por la Ley 55/2003 (Estatuto marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud), en su artículo 19.c: “mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada”.

También obliga el código deontológico de la Organización Médica Colegial, pero ¿cuándo el incumplimiento de la obligación de conocimientos genera responsabilidad? Se puede generar responsabilidad “penal” y “civil”: “penal” en los casos en los que el médico descuida su estudio y actúa con ignorancia manifiesta y, por tanto, se considera que actúa con imprudencia; “civil” porque se confía en que el paciente elige al médico por sus conocimientos, más en las relaciones contractuales, como la cirugía plástica y reparadora, con obligación de

resultados, por tanto si no estudia, sus conocimientos no están actualizados y los resultados pueden no ser los esperados.

De igual manera, el Código Deontológico de los Colegios de Médicos obliga a la formación continuada.

**Otra obligación del anestesiólogo, que está a medias entre la previa y la obligación de cuidado, es la obligación de medios.** Consiste en el deber que todo médico tiene de poner todos los conocimientos y medios que conozca la ciencia médica del momento para proporcionar al enfermo concreto, y en una situación determinada, la atención debida dirigida a prevenir, mejorar o lograr la curación de la enfermedad. Así, la Ley 44/2003, LOPS, en su artículo 5.1.b. recoge que: “los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos, teniendo en cuenta los costes de sus decisiones, evitando la sobre o la infra utilización...”.

Existe una *obligación de medios técnicos* entendida como la obligación de disponer del material adecuado para desarrollar su labor asistencial y la obligación de mantener el material técnico en perfecto estado de funcionamiento.

*¿Cómo evitar esta responsabilidad?* El médico debe hacer un inventario del material que precisa, elevando informe a la dirección del centro sanitario de las carencias que existen o pudieran existir. Si dispone del material, debe revisarlo al inicio de su jornada, y si existe malfuncionamiento debe comunicarlo a la dirección del centro.

**Otra obligación del anestesiólogo es elaborar y entregar un informe de alta,** que es una obligación compartida con la c). Así, según los artículos 3, 20 y 21 de la Ley 41/2002, LBRAP “el informe de alta es el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de este, un resumen de la historia clínica, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones”.

Por **médico responsable** se entiende “el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y asistencia sanitaria del paciente sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.

**¿Cuándo se elabora?** Al finalizar cada proceso asistencial a un paciente. El único responsable de firmar el alta es el médico responsable del paciente, no el Jefe de Servicio.

El artículo 20 obliga a entregar el informe de alta al paciente. Y lo pueden solicitar el paciente, el familiar o una persona vinculada al paciente (que justifique la vinculación y por qué quiere el informe).

En caso de no disponer de todos los datos para elaborar un informe de alta, se entregará un provisional manuscrito en el que puede no ponerse el desarrollo del proceso asistencial y las pruebas complementarias que se realizaron. En el alta voluntaria, artículo 21.1, si el paciente no acepta un tratamiento o unas recomendaciones, se le propone el alta voluntaria, con resultado de alta. Esto sucede en la medicina pública y en la privada. Además de esto se produce una rotura del contrato médico-paciente.

Si la patología solo afecta al paciente (no pone en peligro la salud de otros), el paciente no se puede negar al alta; si afecta a la salud pública tiene que decidir el juez; si el paciente no firma el alta voluntaria, el médico lo pondrá en conocimiento de la dirección del centro sanitario que procederá al alta forzosa, siendo responsabilidad única del Director del centro. Si aun así el paciente no acepta el alta, el Director se lo comunicará al juez.

## CONCLUSIONES

1. El médico anestesiólogo trabaja en un marco jurídico y normativo no específico pero que le vincula a él por el tipo de actividad que desarrolla.
2. Hay que conocer las distintas leyes y normas que regulan cualquiera de los aspectos de nuestro trabajo diario en las unidades de CMA, bien organizativas, administrativas, formativas, de respeto al paciente, en cuanto a nuestros deberes y derechos, etc., como son: a) artículo 199 del Código Penal, b) Ley orgánica 1/1982, de Protección Civil del Derecho al Honor, en su artículo 7, c) Ley general de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, d) Convenio de Oviedo de 1997, e) Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, Diario oficial de las comunidades europeas, 2000, f) artículo 317 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, g) La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002 (Ley 41/2002), h) Ley 55/2003 (Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud), en su artículo 19.c, i) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, LOPS, j) Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y k) Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
3. En ausencia de normas jurídicas, nuestro nivel de conocimientos actualizados (*lex artis*), las guías y protocolos que elaboran los servicios, sociedades científicas, etc., pueden constituirse en norma.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Artículo 199, del Código Penal.
2. Ley Orgánica 1/1982, de Protección Civil del Derecho al Honor, en su artículo 7.

3. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.
4. Convenio de Oviedo de 1997.
5. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Diario oficial de las comunidades europeas, 2000).
6. Artículo 317 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
7. La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002 (Ley 41/2002).
8. Ley 55/2003 (Estatuto marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud), en su artículo 19.c.
9. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, LOPS.
10. Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
11. Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
12. La responsabilidad profesional en anestesiología y reanimación. Roberto Cantero Rivas-Ricardo De Lorenzo y Montero-Francisco López Timoneda. Texto patrocinado por la SEDAR. Laboratorios GSK.
13. MEDIURIS. Derecho para el profesional sanitario. Madrid: Editorial Marcial Pons.