

MINISTERIO DE TRABAJO

DECRETO 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social

El Decreto tres mil ciento cincuenta y ocho/mil novecientos sesenta y seis, de veintitrés de diciembre, determinó la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social y las condiciones para el derecho a las mismas, no fijadas expresamente en la Ley de la Seguridad Social de veintiuno de abril de mil novecientos sesenta y seis; materias que han sido objeto de ulterior desarrollo en normas dictadas en aplicación de la Ley y Decreto citados.

Paralelamente, y con el fin de proceder a la adecuada regulación de las prestaciones de asistencia sanitaria previstas en el capítulo IV del título II de la Ley de la Seguridad Social, se dicta—previo informe de la Comisión Especial sobre Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y dictamen del Consejo de Estado, recabados en atención a la índole de su contenido—el presente Decreto, sin perjuicio de la ulterior regulación específica que haya de llevarse a cabo a través de normas de aplicación y desarrollo.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Trabajo, previo informe de la Comisión Especial sobre Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, y de conformidad con el Consejo de Estado, previa deliberación del Consejo de Estado, previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día quince de septiembre de mil novecientos sesenta y siete.

DISPONGO :

CAPITULO PRIMERO

Prestaciones de asistencia sanitaria

SECCIÓN PRIMERA.—DISPOSICIÓN GENERAL

Artículo primero. *Normas aplicables.*—Uno. Las prestaciones sanitarias del Régimen General de la Seguridad Social serán las previstas en el capítulo IV del título II de la Ley de la Seguridad Social de veintiuno de abril de mil novecientos sesenta y seis.

Dos. La extensión, duración y condiciones para causar derecho a las mismas serán las determinadas en las Secciones segunda, tercera y cuarta del capítulo indicado en el número anterior, en el presente Decreto y en las disposiciones de aplicación y desarrollo.

SECCIÓN SEGUNDA.—ASISTENCIA SANITARIA POR ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL

Artículo segundo. *Beneficiarios.*—Uno. Tendrán derecho a asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral las personas siguientes:

a) Los trabajadores por cuenta ajena que reúnan las condiciones que se señalan en el artículo siguiente, y cuya base tarifada de cotización no exceda del límite reglamentariamente establecido a estos efectos.

No obstante, los titulares de familia numerosa a quienes alcance la expresada limitación podrán optar por disfrutar de la cobertura del Régimen General respecto a la asistencia sanitaria que se regula en la presente Sección; en tal caso, la cuota correspondiente estará a su cargo y al de los empresarios que les emplean, en igual proporción que si dicha cobertura fuese obligatoria.

La opción podrá ejercitarse en cualquier momento por el interesado ante el Instituto Nacional de Previsión, a través de la Empresa en que preste sus servicios, manteniendo sus efectos, sin posibilidad de revocación, en tanto continúe al servicio de la misma Empresa. En todo caso, la pérdida de la condición de titular de familia numerosa, que deberá comunicarse por el interesado al Instituto Nacional de Previsión, a través de la Empresa, tan pronto como se produzca, llevará consigo la pérdida de la condición de beneficiario.

b) Los pensionistas del Régimen General y los que sin tal carácter estén en el goce de prestaciones periódicas del Régimen General, en los términos que se señalen en las disposiciones de aplicación y desarrollo del presente Decreto.

Dos. Tendrán asimismo derecho a asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral los familiares o asimilados a cargo de las personas mencionadas en el número anterior que a continuación se detallan:

a) El cónyuge.

b) Los descendientes legítimos, legitimados o naturales y los hijos adoptivos, menores de veintiún años de edad, así como los hermanos menores de dieciocho años y los mayores de dichas edades que padezcan una incapacidad permanente y absoluta que les inhabilite por completo para toda profesión u oficio; los descendientes antes indicados podrán serlo de ambos cónyuges o de cualquiera de ellos.

Excepcionalmente los acogidos de hecho quedarán asimilados, a estos efectos, a los familiares mencionados en el párrafo anterior, previo acuerdo en cada caso del Consejo Provincial del Instituto Nacional de Previsión.

c) Los ascendientes legítimos, naturales o por adopción, tanto del titular del derecho como de su cónyuge y los cónyuges de tales ascendientes por ulteriores nupcias.

Tres. Las personas comprendidas en el número anterior sólo tendrán la condición de beneficiarios cuando reúnan los requisitos siguientes:

a) Vivir con el titular del derecho y a sus expensas.

No se apreciará la falta de convivencia en los casos de separación transitoria y ocasional por razón de trabajo, imposibilidad de encontrar vivienda en el nuevo punto de destino y demás circunstancias similares, siempre que aquélla no implique discusión matrimonial.

No obstante lo dispuesto en los párrafos anteriores, conservarán su condición de beneficiario el cónyuge que viva separado del titular del derecho a la asistencia, mientras no sea declarado culpable judicialmente, así como los hijos que con él convivan y reúnan las demás condiciones establecidas en el presente artículo.

b) No realizar trabajo remunerado alguno, ni percibir renta patrimonial ni pensión alguna superiores al cincuenta por ciento del salario mínimo interprofesional de los trabajadores adultos.

c) No tener derecho, por título distinto, a recibir asistencia sanitaria de la Seguridad Social en cualquiera de sus regímenes.

Artículo tercero. *Condiciones para ser titular del derecho a la asistencia sanitaria.*—Uno. Las personas a que se refiere el apartado a) del número uno del artículo anterior serán titulares del derecho a la asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral, cuando reúnan las siguientes condiciones:

a) Estar afiliadas y en alta en el Régimen General de la Seguridad Social.

b) Hallarse al corriente la Empresa en el pago de las cuotas.

Dos. Los trabajadores comprendidos en el campo de aplicación del Régimen General se considerarán, de pleno derecho, en situación de alta a efectos de asistencia sanitaria por accidente no laboral, aunque sus empresarios hubieren incumplido sus obligaciones.

Tres. Cuando el trabajador al servicio de una Empresa no haya sido dado de alta por la misma y precise asistencia sanitaria para sí o para los demás beneficiarios a su cargo, así como cuando su empresario se encuentre en descubierto en el pago de las cuotas, el Instituto Nacional de Previsión prestará la asistencia sanitaria debida, y el empresario vendrá obligado a reintegrarle el importe de los honorarios del personal sanitario que por tarifa correspondan y de los demás gastos ocasionados, sin perjuicio del abono de las cuotas no satisfechas y de las sanciones a que hubiere lugar.

Cuatro. Las certificaciones expedidas por el Instituto Nacional de Previsión, por el importe de los gastos ocasionados en la asistencia sanitaria facilitada a cargo de la Empresa responsable, a tenor de lo dispuesto en el número anterior, que no hubieran sido satisfechas a requerimiento de aquél, tendrán el carácter de título ejecutivo ante la Magistratura de Trabajo.

Artículo cuarto. *Reconocimiento de la condición de beneficiario.*—Uno. El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde al Instituto Nacional de Previsión como Entidad Gestora de la asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral.

Dos. La petición de reconocimiento de la condición de beneficiario de los familiares o asimilados que tuviese a su car-

go el titular del derecho será formulada por el mismo al tiempo de solicitarse su afiliación o alta inicial en el Régimen General. Las variaciones de las circunstancias familiares, que afecten al derecho a la asistencia sanitaria, serán comunicadas al Instituto Nacional de Previsión dentro de los diez días siguientes a la fecha en que se produzcan.

Tres. El Instituto Nacional de Previsión podrá comprobar el grado de parentesco y demás circunstancias de los familiares mencionados por medio del Registro Civil o Padrón Municipal o del Organismo competente, que expedirán gratuitamente las informaciones o certificaciones que procedan, de conformidad con lo dispuesto en el número tres del artículo veintidós de la Ley de la Seguridad Social.

Cuatro. La incapacidad para el trabajo, a que se refiere el apartado b) del número dos del artículo dos, será reconocida por el Instituto Nacional de Previsión, previo informe de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social.

Artículo quinto. *Nacimiento y efectividad del derecho a la asistencia sanitaria.*—Uno. El derecho a la asistencia sanitaria nacerá el día de la afiliación para el titular, su cónyuge y sus hijos. Para los restantes beneficiarios, no nacerá hasta transcurridos seis meses a contar desde la solicitud justificada de su reconocimiento como tales beneficiarios.

Dos. La efectividad del derecho a la asistencia sanitaria nace para el titular, su cónyuge e hijos, a partir del quinto día de la presentación del alta en el Régimen General y se conservará, no obstante, sin solución de continuidad, cuando al cambiar de Empresa, no hayan transcurrido más de cinco días entre la baja y la comunicación de su alta en la nueva Empresa.

Tres. Lo dispuesto en el número anterior será de aplicación a los restantes beneficiarios, excepto en el supuesto de nacimiento del derecho a que se refiere el número uno del presente artículo, en el que la asistencia sanitaria se podrá hacer efectiva a partir del día siguiente a aquel en que se hubieran cumplido los seis meses.

Artículo sexto. *Duración de la asistencia sanitaria.*—Uno. La asistencia sanitaria será prestada desde el día en que, reuniendo las condiciones exigidas para su efectividad, sea solicitada del facultativo correspondiente, mientras sea precisa y concurren los requisitos establecidos para conservar el derecho a recibirla.

Dos. No obstante lo dispuesto en el número anterior, conservarán su derecho a la asistencia sanitaria con la extensión y en las condiciones que se indican los trabajadores que se encuentren en los casos siguientes:

a) Los que causen baja en este Régimen General y queden en situación de paro forzoso, teniendo cubierto un período de cotización superior a noventa y un días e inferior a ciento ochenta, dentro de los trescientos sesenta y cinco días inmediatamente anteriores a la fecha de baja, conservarán su derecho durante el plazo máximo de un mes, a contar desde la indicada fecha. En este caso, el disfrute efectivo de la asistencia sanitaria por el titular del derecho y beneficiarios a su cargo no podrá ser de duración superior a treinta semanas ininterrumpidas por una sola vez.

b) Los trabajadores cuya base de cotización, a consecuencia de ascenso en su categoría profesional exceda del límite establecido para tener derecho, lo conservarán durante un período de tres meses. En este caso, el disfrute efectivo de la asistencia sanitaria por el titular del derecho y beneficiarios a su cargo no podrá ser de duración superior a quince semanas ininterrumpidas por una sola vez.

Tres. Conservarán el derecho a la asistencia sanitaria los beneficiarios a cargo del titular que cause baja en este Régimen General por su incorporación normal al servicio militar obligatorio, durante el tiempo de permanencia en filas, más los dos meses previstos para la incorporación a la Empresa en el artículo setenta y nueve de la Ley de Contrato de Trabajo.

Artículo séptimo. *Extinción del derecho a la asistencia sanitaria.*—Uno. Para el titular del derecho a la asistencia sanitaria, éste se extingue cuando pierda las condiciones previstas en el presente Decreto.

Dos. Los beneficiarios familiares o asimilados perderán el derecho a la asistencia sanitaria cuando se extinga el del titular, a cuyo cargo se hallen, o cuando desaparezcan las circunstancias requeridas para ser beneficiarios a su cargo.

Artículo octavo. *Reconocimientos médicos periódicos.*—Uno. A efectos de determinar si procede la prórroga de la prestación económica por incapacidad laboral transitoria, el trabajador en esta situación será reconocido médicamente por la Inspección de Servicios Sanitarios antes de transcurrir dieciocho meses de dicha incapacidad.

Dos. En el supuesto de que deba continuar la baja para el trabajo de los trabajadores que estén afectados por incapacidad laboral transitoria o invalidez provisional, la Inspección de Servicios Sanitarios continuará vigilando el estado sanitario de aquéllos y repetirá los reconocimientos cada seis meses por lo menos hasta que se produzca el alta, agoten los periodos máximos fijados para dichas situaciones o se inste el oportuno expediente de incapacidad permanente.

Artículo noveno. *Derecho de elección de facultativo.*—Uno. La facultad de elección de facultativo que otorga el número uno del artículo ciento doce de la Ley de la Seguridad Social será ejercitada por los titulares del derecho a la asistencia sanitaria con ocasión de su alta inicial en el Régimen General de la Seguridad Social.

Dos. Los titulares del derecho podrán cambiar de Médico al final de cada año natural, considerándose la adscripción prorrogada indefinidamente mientras no se solicite el cambio con un mes de anticipación al vencimiento de cada anualidad natural, gozando el Médico de esta misma facultad para rehusar a los titulares de su grupo.

Cuando se solicite el cambio de Médico antes de finalizar el año natural, deberán justificarse cumplidamente los motivos del mismo, pudiendo ser aceptados o rechazados por la Seguridad Social y por el Médico a quien se elija.

Tres. La elección podrá efectuarse con independencia entre los Médicos generales, Pediatras de familia o Tocólogos actuantes para el Régimen General de la Seguridad Social en la zona de residencia del titular del derecho.

Cuatro. No podrá accederse a aquellas solicitudes de elección o de cambio formuladas a favor de facultativos que posean cubierto el cupo máximo de adscripción de titulares de derecho.

SECCIÓN TERCERA.—ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Artículo diez. *Beneficiarios.*—Uno. Tendrán derecho a la asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional todos los trabajadores por cuenta ajena o asimilados comprendidos en este Régimen General.

Dos. Los trabajadores comprendidos en el campo de aplicación del Régimen General se considerarán, de pleno derecho, en situación de alta a efectos de asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional, aunque sus empresarios hubieran incumplido sus obligaciones.

Tres. Aunque la relación de empleo se haya celebrado en contra de una prohibición legal, la víctima del accidente de trabajo o enfermedad profesional, aun en el caso de tratarse de un menor de catorce años, tendrá derecho a la asistencia sanitaria.

Cuatro. Tanto en el caso de incumplimiento por parte de los empresarios de sus obligaciones, a que se hace referencia en el número dos de este artículo, como en el supuesto previsto en el número tres, la asistencia sanitaria será prestada por la Mutualidad Laboral o, en su caso, Mutua Patronal, a quienes el empresario vendrá obligado a reintegrar el importe de los honorarios del personal sanitario que por tarifa corresponda y de los demás gastos ocasionados, sin perjuicio del abono de las cuotas no satisfechas y de las sanciones a que hubiere lugar.

Cinco. Las certificaciones expedidas por las Mutualidades Laborales por el importe de los gastos ocasionados en la asistencia sanitaria facilitada a cargo de la Empresa responsable, a tenor de lo dispuesto en el número anterior que no hubieran sido satisfechas a requerimiento de aquéllas, tendrán el carácter de título ejecutivo ante la Magistratura de Trabajo.

Artículo once. *Contenido de la asistencia sanitaria.*—Uno. La asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional se prestará al trabajador de la manera más completa, y comprenderá:

a) El tratamiento médico y quirúrgico de las lesiones o dolencias sufridas, las prescripciones farmacéuticas y, en general, todas las técnicas diagnósticas y terapéuticas que se consideren precisas por los facultativos asistentes.

b) El suministro y renovación normal de los aparatos de prótesis y ortopedia que se consideren necesarios y los vehículos para inválidos.

c) La cirugía plástica y reparadora adecuada, cuando una vez curadas las lesiones por accidentados de trabajo hubieran quedado deformidades o mutilaciones que produzcan alteración importante en el aspecto físico del accidentado o dificulten su recuperación funcional para el empleo posterior.

Dos. Durante el período de asistencia sanitaria deberá realizarse, como parte de la misma, el tratamiento de rehabilita-

ción necesario para lograr una curación más completa y en plazo más corto u obtener una mayor aptitud para el trabajo. Este tratamiento podrá efectuarse también después del alta con secuelas o sin ellas, y siempre que permita la recuperación más completa de la capacidad para el trabajo en relación con los Servicios Sociales correspondientes.

Artículo doce. *Duración de la asistencia sanitaria.*—La asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional será prestada desde el momento en que se produzca el accidente o se diagnostique la enfermedad profesional y durante el tiempo que su estado patológico lo requiera.

Artículo trece. *Reconocimientos médicos periódicos.*—Uno. A efectos de determinar si procede la prórroga de la prestación económica por incapacidad laboral transitoria, el trabajador en esta situación será reconocido médicamente antes de transcurrir dieciocho meses de dicha incapacidad.

Dos. En el supuesto de que deba continuar la baja para el trabajo de los trabajadores que estén afectados por incapacidad laboral transitoria o invalidez provisional, se repetirán los reconocimientos cada seis meses por lo menos hasta que se produzca el alta, agoten los periodos máximos fijados para dichas situaciones o se inste el oportuno expediente de incapacidad permanente.

SECCIÓN CUARTA.—ASISTENCIA SANITARIA POR MATERNIDAD

Artículo catorce. *Beneficiarias.*—Uno. Tendrán derecho a la asistencia sanitaria por maternidad:

a) Las trabajadoras afiliadas y en alta en el Régimen General de la Seguridad Social, aunque la base tarifada de cotización, por su categoría profesional, exceda del límite reglamentariamente establecido a estos efectos.

b) Las pensionistas del Régimen General y las que sin tal carácter estén en el goce de prestaciones periódicas del Régimen General en los términos que se señalen en las disposiciones de aplicación y desarrollo del presente Decreto.

c) Las beneficiarias a cargo de los titulares con derecho a asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral.

d) Las esposas de los trabajadores titulares, cuya base tarifada de cotización, por su categoría profesional, exceda del límite reglamentariamente establecido a estos efectos.

e) Las trabajadoras extranjeras, cualquiera que sea su nacionalidad, al servicio de Empresas comprendidas en el Régimen General de la Seguridad Social.

Dos. La asistencia sanitaria por maternidad prestada a las trabajadoras cuya base de cotización, de acuerdo con su categoría profesional, exceda del límite establecido, y a las esposas de los trabajadores titulares que se hallen en igual caso será a cargo del régimen de protección a la familia, de acuerdo con el coeficiente que en razón al coste medio obtenido en el año inmediatamente anterior sea fijado al efecto.

Tres. El derecho a la asistencia sanitaria por maternidad se reconocerá y someterá en su disfrute a las mismas normas que regulan la asistencia sanitaria por enfermedad común en cuanto sean aplicables, sin perjuicio de lo dispuesto en esta Sección.

Artículo quince. *Contenido.*—La asistencia sanitaria por maternidad comprende:

a) Reconocimiento médico durante la gestación y asistencia facultativa en las incidencias patológicas de la misma.

b) Asistencia facultativa al parto y al puerperio, así como a sus incidencias patológicas.

c) Hospitalización en las Instituciones cerradas de la Seguridad Social o en las concertadas.

SECCIÓN QUINTA.—DISPOSICIONES COMUNES

Artículo dieciséis. *Legitimación activa.*—Sin perjuicio de la legitimación general establecida en el número dos del artículo cien de la Ley de la Seguridad Social, para el ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria, en vía de reclamación administrativa o jurisdiccional, estarán legitimados con carácter excepcional los familiares a cargo del titular, en los casos en que respecto de éste medie ausencia del domicilio familiar por incapacidad física o mental, por sustanciación del expediente de abandono de familia, por separación matrimonial o por pérdida de la patria potestad.

Artículo diecisiete. *Obligaciones del beneficiario.*—Uno. El beneficiario estará obligado a observar las prescripciones de los facultativos que le asistan conforme dispone el número uno del artículo ciento dos de la Ley de la Seguridad Social.

Dos. La negativa del beneficiario a seguir un tratamiento, en particular si éste fuese de tipo quirúrgico o especialmente penoso, prescrito por el facultativo encargado de su asistencia, se formalizará ante la Entidad Gestora o, en su caso, Mutua Patronal o Empresa colaboradora, acompañando a su petición los informes técnicos o documentos que estime pertinentes en abono de su pretensión.

Tres. La Entidad Gestora, Mutua Patronal o Empresa colaboradora, previos los informes técnicos que considere preciso solicitar de los facultativos, adoptará la decisión que estime procedente.

Cuatro. El beneficiario podrá recurrir esta decisión ante las Comisiones Técnicas Calificadoras Provinciales constituidas al efecto en Tribunales Médicos.

Artículo dieciocho. *Asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social.*—Uno. Cuando el beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice servicios distintos de los que hayan sido designados, las Entidades obligadas a prestar la asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos previstos en los números tres y cuatro de este artículo.

Dos. Cuando el beneficiario no obtenga la asistencia sanitaria que hubiere solicitado en forma y tiempo oportunos, deberá acudir a la Entidad Gestora, Mutua Patronal o Empresa colaboradora, a fin de que aquella le sea prestada.

Tres. Si a pesar de ello se le denegase injustificadamente la prestación de la asistencia debida, podrá reclamar el reintegro de los gastos efectuados por la utilización de servicios distintos de los que corresponderían siempre que lo hubiera notificado en el plazo de cuarenta y ocho horas siguientes al comienzo de la asistencia, debiendo, al solicitarlo, razonar la petición y justificar los gastos efectuados.

Cuatro. Cuando la utilización de servicios médicos distintos de los asignados por la Seguridad Social haya sido debida a una asistencia urgente de carácter vital, el beneficiario podrá formular ante la Entidad obligada a prestarle asistencia sanitaria la solicitud de reintegro de los gastos ocasionados, que será acordado por ésta si de la oportuna información que se realice al efecto resultara la procedencia del mismo.

Artículo diecinueve. *Hospitalización no quirúrgica.*—Uno. La hospitalización podrá ser acordada por la Entidad Gestora de oficio o a propuesta del facultativo que preste la asistencia, con carácter obligatorio para el beneficiario en el caso de afección no quirúrgica, siempre que concurra alguno de los siguientes supuestos:

a) Si la naturaleza de la enfermedad exige un tratamiento o diagnóstico que no pueda realizarse en el domicilio del paciente ni en régimen ambulatorio.

b) Si la enfermedad es transmisible.

c) Si el estado o conducta del paciente exige una vigilancia sanitaria continua.

Los internamientos acordados por la Entidad Gestora, conforme a lo previsto en este número, que no puedan efectuarse en ninguna Institución cerrada, propia o concertada, de la Seguridad Social, podrán llevarse a cabo en cualquier establecimiento de la red hospitalaria nacional que cuente con instalaciones adecuadas, siendo los gastos ocasionados en tales casos a cargo de la Seguridad Social.

Dos. Cuando se trate de enfermos afectados de enfermedad transmisible o peligrosa se pondrá en conocimiento de las autoridades sanitarias competentes, para que procedan a su internamiento en los Centros asistenciales correspondientes.

Artículo veinte. *Documentación.*—Para recibir la asistencia sanitaria será imprescindible la exhibición de los documentos expedidos por la Entidad Gestora competente que acrediten el derecho de los titulares y de sus familiares o asimilados beneficiarios, así como aquellos en los que conste la identificación personal y el domicilio.

CAPITULO II

Ordenación de los servicios médicos para enfermedad común, maternidad y accidente no laboral

SECCIÓN PRIMERA.—ORGANIZACIÓN TERRITORIAL

Artículo veintiuno. *Competencia del Instituto Nacional de Previsión.*—El Instituto Nacional de Previsión organizará la asistencia médica por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral en el Régimen General de la Seguridad Social, de conformidad con lo dispuesto en la Subsección primera de la Sección tercera y en la Sección cuarta del Capítulo IV de la

Ley de la Seguridad Social, en este Decreto y en sus disposiciones de aplicación y desarrollo.

Artículo veintidós. *Ámbito territorial.*—Los servicios médicos a que se refiere este Capítulo se organizarán de forma coordinada en unidades territoriales que por su ámbito se clasifican en:

- Zonas médicas.
- Servicios provinciales.
- Servicios regionales.
- Servicios nacionales.

Artículo veintitrés *Zonas médicas.*—Uno. La zona médica es la unidad primaria para la organización de la asistencia sanitaria y corresponde al ámbito de actuación de los Médicos generales.

Dos. Su delimitación se hará de forma que sea asequible la visita domiciliaria en los grandes núcleos urbanos.

Artículo veinticuatro. *Servicios provinciales.*—Uno. En el ámbito provincial se organizarán circunscripciones territoriales con las denominaciones de Sector y Subsector, en razón al número de personas protegidas y a las características geográficas y laborales de dichas circunscripciones.

Dos. Los Sectores constituirán unidades asistenciales completas, en cuya demarcación la asistencia comprenderá todas las especialidades.

Tres. Los Subsectores constituirán unidades asistenciales complementarias de los Sectores, comprendiendo aquellos núcleos de población en los que pueda situarse una primera asistencia especializada, sin perjuicio de la que se preste en el Sector correspondiente.

Cuatro. Tanto los Sectores como los Subsectores se constituirán por la agrupación de las zonas médicas comprendidas dentro de su demarcación.

Artículo veinticinco. *Servicios nacionales y regionales.*—Uno. Son Servicios nacionales los establecidos para la asistencia especializada en todo el ámbito de la Nación.

Dos. Son Servicios regionales los que extienden su ámbito asistencial a las provincias que para cada uno se determine. En general se procurará que los Servicios regionales radiquen en las capitales de distritos universitarios que cuenten con Facultad de Medicina.

Artículo veintiséis. *Servicios jerarquizados.*—Los servicios médicos podrán ser organizados jerárquicamente, en cuyo caso los cometidos y actuación del personal que los integre quedarán definidos por las exigencias de la ordenación funcional de la asistencia.

Artículo veintisiete. *Determinación de Zonas Médicas y de Sectores y Subsectores de Especialidades.*—Uno. Cada localidad podrá constituir una zona médica, dividirse en varias o agruparse con otra u otras para constituir una o varias zonas médicas, atendidas las características geográficas, demográficas y laborales de los núcleos de población protegidos por la Seguridad Social.

Dos. El Ministerio de Trabajo, a propuesta del Instituto Nacional de Previsión, determinará y revisará, de acuerdo con las necesidades de la asistencia las localidades y zonas médicas de todo el territorio nacional, así como los Sectores y Subsectores de especialidades en que aquéllos se integren.

Tres. En los medios rurales la delimitación de zonas médicas se armonizará con la organización de los Servicios Sanitarios Locales.

SECCIÓN SEGUNDA.—ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

Artículo veintiocho. *Servicios médicos.*—Uno. La asistencia médica comprenderá las siguientes modalidades:

Medicina de Urgencia

Las especialidades de:

- Cirugía General.
- Cirugías Especializadas.
- Traumatología y Ortopedia.
- Otorrinolaringología.
- Oftalmología.
- Urología.
- Ginecología.
- Tocología y Maternología.
- Odontología Apa.
- Aparatos Respiratorio y Circulatorio.
- Aparato Digestivo.
- Dermatología.
- Pediatría-Puericultura.

- Nutrición y Secreciones Internas.
- Neuropsiquiatría.
- Electrología y Radiología
- Hematología-Hemoterapia.
- Análisis Clínicos.
- Anatomía Patológica e Histopatología.
- Anestesia Reanimación.

Dos. El Ministerio de Trabajo, a propuesta del Instituto Nacional de Previsión podrá acordar la ampliación y modificación de las especialidades enunciadas en el número anterior, previo informe de la Comisión Especial de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social.

Tres. Dicha asistencia comprenderá además el internamiento quirúrgico y los servicios de tratamiento y estancias en Centros sanitarios, así como las prácticas de rehabilitación que se estimen precisas, de conformidad con las posibilidades de los servicios especializados.

Cuatro. Los especialistas realizarán la asistencia completa dentro de su especialidad, incluido, en su caso, la práctica de las técnicas quirúrgicas correspondientes. La actuación de los especialistas para los servicios que tengan jerarquizada la asistencia se acomodará a la estructura orgánica de los mismos.

Artículo veintinueve. *Modalidades de la asistencia médica.*—La asistencia médica podrá prestarse de conformidad con las siguientes modalidades:

- Asistencia domiciliaria
- Asistencia ambulatoria.
- Asistencia en régimen de internamiento.

Artículo treinta. *Asistencia domiciliaria.*—Uno. La asistencia médica será prestada a domicilio cuando el titular o beneficiarios no puedan por su enfermedad acudir a la Policlínica o Consulta del facultativo. Esta asistencia se prestará por el Médico general y por los Especialistas de Pediatría-Puericultura o Tocología a requerimiento directo del titular y mediante indicación escrita de estos facultativos para las restantes especialidades.

Dos. La actuación del Especialista adoptará la forma de consulta médica con el facultativo que haya solicitado su intervención. En todo caso el Especialista, sin perjuicio de las indicaciones y terapéutica que prescriba el enfermo, informará al Médico que solicitó su concurso sobre la orientación diagnóstica y el tratamiento que haya dispuesto.

Tres. Las peticiones de asistencia a domicilio recibidas en el lugar designado al efecto antes de las nueve horas, serán cumplimentadas durante la mañana, y las formuladas antes de las cinco de la tarde, durante el resto del día, sin perjuicio de las situaciones de urgencia, que serán atendidas por el facultativo a la mayor brevedad y bajo su personal responsabilidad. Las peticiones de asistencia podrán ser realizadas por teléfono al lugar designado al efecto.

Cuatro. El número y frecuencia de las sucesivas visitas domiciliarias serán determinadas discrecionalmente por el facultativo, teniendo en cuenta el estado del enfermo, en orden a la normal y eficaz asistencia.

Artículo treinta y uno. *Asistencia ambulatoria.*—Uno. La asistencia ambulatoria se prestará a los beneficiarios de la Seguridad Social, cuya enfermedad no les imposibilite para acudir a las Policlínicas propias o concertadas o, en su defecto, a los consultorios particulares de los facultativos habilitados para el caso.

Dos. Esta asistencia se prestará diariamente, excepto días festivos, con sujeción a los horarios que se establezcan, atendiendo a los siguientes criterios:

- a) El horario de las consultas de Medicina General y Especialidades estará ordenado teniendo en cuenta las necesidades de la asistencia y las disponibilidades de la Institución.
- b) La asistencia en los consultorios particulares de los facultativos, cuando proceda, se ajustará a la organización propia de éstos y a las necesidades de la asistencia, debiendo ponerse en conocimiento de la Inspección de Servicios Sanitarios el horario fijado con carácter general.
- c) Los Servicios Orgánicos o jerarquizados y los Departamentos de Consultas Externas de las Instituciones Cerradas ajustarán su horario a las necesidades de la asistencia y a sus propias posibilidades.

Tres. En los ambulatorios o consultorios mencionados podrá solicitarse la asistencia de Medicina General, Pediatría-Puericultura, Tocología y Odontología directamente por el beneficiario y de las restantes especialidades mediante petición escrita de los facultativos mencionados.

Cuatro. También podrá acudir directamente a los Especialistas de Oftalmología en los casos de urgencia y para examen de graduación de la vista.

Artículo treinta y dos. *Asistencia de urgencia.*—Uno. En los casos en que se precise asistencia con carácter de urgencia desde las nueve a las diecisiete horas, ésta será prestada por el facultativo de Medicina General o por los especialistas de Pediatría-Puericultura, Tocología u Oftalmología, en su caso, que correspondan: a los beneficiarios.

Dos. Las solicitudes de asistencia de carácter de urgencia desde las diecisiete a las nueve horas o en los domingos o días festivos serán atendidas por los Servicios de Urgencia de aquellas localidades en que hayan sido establecidos por el Instituto Nacional de Previsión. En las localidades en que el volumen de titulares del derecho a la asistencia sanitaria no haga precisa su constitución o se carezca de Centros adecuados, la asistencia urgente correrá a cargo de los facultativos de Medicina General y de los Pediatras-Puericultores, Tocólogos y Oftalmólogos, según proceda, pudiendo establecerse turnos entre los facultativos existentes en cada localidad.

Tres. Los Servicios de Urgencia funcionarán con el siguiente horario:

a) El nocturno, desde las diecisiete horas de cada día hasta las nueve horas del día siguiente.

b) El diurno en domingo y días festivos, desde las nueve hasta las diecisiete horas.

Artículo treinta y tres. *Asistencia en régimen de internamiento.*—Uno. La asistencia en régimen de internamiento se prestará en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, así como en las Clínicas, Sanatorios y Establecimientos de análoga naturaleza, públicos o privados, o en los de la Organización Sindical, con los que se haya establecido el oportuno concierto, viniendo obligado el personal sanitario a realizar la asistencia en la Institución fijada al efecto por la Seguridad Social.

Dos. El personal sanitario que actúe en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social quedará obligado a observar las prescripciones contenidas en el Reglamento de Ambulatorios y Residencias, que deberá ser informado por la Comisión Especial de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social.

Tres. El traslado del enfermo para ingreso en Instituciones Cerradas, cuando haya de efectuarse con carácter de urgencia, o concurren circunstancias especiales, se efectuará a cargo de la Seguridad Social. Igualmente si al ser dado de alta existiera imposibilidad de que el enfermo utilizara los medios ordinarios de transporte, el mismo se efectuará a cargo de la Seguridad Social.

Artículo treinta y cuatro. *Cupo base de Medicina General.*—Uno. El cupo base de Medicina General se determinará en las diferentes localidades en que exista un número de titulares del derecho a la asistencia sanitaria igual al asignado a las Especialidades Médicas del tercer grupo a que se refiere el artículo treinta y cinco de este Decreto, teniendo en cuenta la siguiente escala de niveles de proporcionalidad, que relaciona la población total de la localidad y el número de titulares y beneficiarios que en ella residen:

a) Si la proporción existente entre el total de beneficiarios y la población total de las localidades es igual o inferior al cincuenta por ciento, el cupo base de Medicina General será de seiscientos cincuenta.

b) Si la proporción anteriormente mencionada fuera superior al cincuenta e inferior al setenta por ciento, el cupo base de Medicina General será de setecientos.

c) Si la proporción citada es superior al setenta por ciento, el cupo-base de Medicina General será de setecientos cincuenta.

Dos. Igualmente en aquellas localidades en las que la proporción existente entre el total de beneficiarios y la población total de la localidad sea igual o superior al ochenta por ciento, el cupo base de Medicina General será de setecientos cincuenta, con independencia del número de titulares existentes en la misma.

Tres. El cupo base, una vez cubierto el cupo base global de la zona y los cupos máximos reconocidos en la misma, será utilizado a los solos efectos señalados en los artículos ciento diez y ciento once de la Ley de la Seguridad Social.

Artículo treinta y cinco. *Cupos de Especialidades.*—Uno. Los cupos de titulares determinantes de las plazas de Especialidades Médicas serán los siguientes:

Especialidades del primer grupo: once mil.
Especialidades del segundo grupo: veintidós mil.
Especialidades del tercer grupo: cuarenta y cuatro mil.

Dos. A los efectos de la agrupación de especialidades a que se refiere el número anterior, se establece la siguiente clasificación:

a) Son especialidades del primer grupo:

Análisis clínicos. Aparato digestivo. Aparato respiratorio y circulatorio. Cirugía general. Electrología y Radiología, Odon-tología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia.

b) Son especialidades del segundo grupo:

Dermatología, Ginecología, Neuropsiquiatría y Urología.

c) Son especialidades del tercer grupo:

Nutrición y secreciones internas.

Tres. El número de Especialistas guardará relación con el de Médicos generales, cuando así lo aconseje la organización de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Artículo treinta y seis. *Cupos máximos.*—Uno. Se entenderá por cupo máximo el que resulte de incrementar el cupo base asignado a la zona en un cincuenta por ciento.

Dos. El cupo máximo limitará el número de titulares del derecho que puedan aceptar los facultativos de Medicina General por encima del cupo base asignado a la zona.

Tres. No podrá aceptarse elección para cupo máximo hasta que todos los facultativos de Medicina General que presten servicio en la misma zona tengan cubierto el cupo base correspondiente.

Artículo treinta y siete. *Limitaciones en los cupos.*—Uno. Los Médicos de la Seguridad Social estarán facultados para rechazar nuevas asignaciones de titulares por encima del cupo base correspondiente a la plaza que desempeñen. También podrán rechazar, salvo caso de urgencia, cualquier adscripción, siempre que en cada caso concreto exista, a juicio de la Inspección Médica, causa que justifique dicha determinación.

Dos. Sin perjuicio de lo dispuesto en el número anterior, todos los Médicos tendrán la obligación de atender, con carácter excepcional y transitorio, a los titulares que les elijan una vez rebasados los cupos base, o máximo en su caso, hasta que las posibilidades de la asistencia permitan la elección normal de facultativo.

Artículo treinta y ocho. *Elección de Médico general.*—Los titulares del derecho a la prestación de asistencia sanitaria elegirán dentro de su zona a los Médicos generales por quienes deseen ser asistidos, según lo preceptuado en el artículo nueve del presente Decreto. Para el ejercicio de este derecho será condición indispensable que en la zona médica que corresponda al domicilio del titular del derecho presten sus servicios a la Seguridad Social más de un Médico de Medicina General.

Artículo treinta y nueve. *Elección de Pediatra-Puericultor de familia y Tocólogo.*—Uno. Los titulares del derecho a la asistencia sanitaria elegirán Pediatra-Puericultor, para sus beneficiarios menores de siete años entre los diversos especialistas que actúen en la zona de su domicilio, efectuándose dicha elección de conformidad con lo dispuesto en el artículo nueve para la elección de Médico general.

Dos. Los titulares del derecho a la asistencia sanitaria elegirán para sí o para sus beneficiarios especialistas en Tocología en el momento en que deba serle otorgado el documento materno y entre aquellos Tocólogos de la Seguridad Social que actúen en la localidad correspondiente.

Artículo cuarenta. *Especialidades a cargo del Médico general.*—Cuando en la localidad donde el titular esté domiciliado la asistencia de Pediatría Puericultura de Familia y de Tocología esté a cargo del Médico general, la elección de éste llevará implícita la asistencia de dichas especialidades por el mismo facultativo.

Artículo cuarenta y uno. *Adscripción de titulares.*—Uno. La adscripción de los titulares a los facultativos como consecuencia del ejercicio del derecho de elección, o bien directamente cuando éste no pueda tener lugar, se hará por el Instituto Nacional de Previsión.

Dos. Asignado un titular o, en su caso, beneficiario, a un facultativo, no se variará esta asignación contra la voluntad de aquél, salvo en caso de traslado del facultativo afectado a otra zona o circunscripción territorial, por cese en su actuación en la Seguridad Social o por producirse cualquiera de las situaciones previstas en el artículo nueve de este Decreto excepto

en los casos en que la elección tenga carácter excepcional y transitoria.

Artículo cuarenta y dos. Plazas de Médicos generales.—Uno. Corresponderá una plaza de Médico general por cada cupo base de titulares del derecho a la asistencia sanitaria que exista en cada localidad o término municipal, teniendo en cuenta el cupo global base de la zona y los cupos máximos reconocidos en la misma. En aquellas localidades en que actúe un solo facultativo, corresponderá una segunda plaza cuando la totalidad de titulares del derecho en la localidad completen dos cupos base.

Dos. Cuando las especiales características geográficas, demográficas y laborales lo aconsejen, se podrá excepcionalmente agrupar dos o más localidades o parte de ellas para constituir una zona médica, en cuyo caso la zona se considerará como localidad.

Tres. Igualmente, cuando una o varias partes de un término municipal se diferencien entre sí de forma tan acusada que las posibilidades asistenciales sean notoriamente distintas se podrá excepcionalmente considerar dichas partes a efectos de la determinación de plazas de Medicina General como localidades independientes.

Cuatro. En los supuestos excepcionales que establecen los números dos y tres de este artículo, será preceptivo el informe de la Dirección General de Sanidad y de la Organización Médica Colegial.

Artículo cuarenta y tres. Plazas de Médicos Especialistas.—Uno. Corresponderá una plaza de Médico Especialista por cada uno de los cupos de titulares asignados a cada Especialidad, referido al Sector o Subsector a que se extienda el ámbito de la Especialidad.

Dos. Las plazas de Especialistas de Pediatría-Puericultura de Familia se determinarán de conformidad con el número de beneficiarios con derecho a esta asistencia, de acuerdo con los cupos que se establezcan.

Tres. Las plazas de la especialidad de Tocología se determinarán en función del número de documentos maternos otorgados en las localidades en que dichos Tocólogos actúan. El documento maternal será otorgado en el momento en que se haga el diagnóstico de embarazo.

Artículo cuarenta y cuatro. Alteración del número de plazas.—Uno. El aumento del número de titulares del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria en una cifra equivalente a un cupo base de Medicina General determinará la creación de una nueva plaza, una vez rebasado el cupo base global de la zona y los cupos máximos reconocidos en la misma.

Dos. La disminución del número de titulares del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria en la misma proporción señalada en el número anterior determinará la reducción de las plazas que correspondan, a cuyos efectos se amortizarán cuando queden vacantes por cualquier causa.

Tres. El aumento del número de titulares del derecho en una cifra equivalente a un cupo completo de una especialidad determinará la creación de una nueva plaza. En el caso de que actúe en el sector un solo Especialista se creará otra plaza cuando el número de titulares exceda en un cincuenta por ciento el cupo establecido.

Cuatro. Excepcionalmente, cuando se considere necesario en base a las necesidades de la asistencia, se podrá contratar Especialistas en una determinada unidad asistencial con independencia del número de plazas de Médicos generales o de los cupos existentes en la misma, en cuyo caso dichos Especialistas no cubrirán plaza.

Artículo cuarenta y cinco. Plazas de los Servicios nacionales, regionales y jerarquizados.—Las plazas de los Servicios de Especialidades, tanto de ámbito nacional como regional, y de aquellos que se organicen en forma jerarquizada, constituirán unidades funcionales que incluirán a todos los facultativos que las constituyan y se fijarán de conformidad con las necesidades reales de la asistencia.

Artículo cuarenta y seis. Plazas de Médicos de los Servicios de Urgencia.—Uno. Para la asistencia urgente, nocturna y diurna de domingos y días festivos, en todas las capitales de provincia y en aquellas localidades que tengan un número de titulares superior a cinco mil se constituirán servicios de urgencia, en los cuales las plazas de Médico se establecerán de conformidad con la siguiente escala:

- a) Cuando el Servicio tenga adscritos hasta diez mil titulares del derecho a la asistencia: dos Médicos.
- b) Cuando tenga adscritos más de diez mil y hasta veinte mil: tres Médicos.
- c) Por encima de veinte mil titulares se creará una plaza de Médico por cada diez mil titulares, o fracción de esta cifra, que se adscriba.

Dos. En aquellas localidades en las que el número de titulares domiciliados en ellas excedan de noventa mil, se crearán Servicios Especiales de Urgencia, en los cuales la organización funcional y el número de plazas de Médicos se determinarán, para cada caso, de conformidad con las necesidades objetivas de la asistencia.

Artículo cuarenta y siete. Plazas de Médicos internos y Médicos residentes.—Uno. De conformidad con las necesidades de la asistencia en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y con la finalidad de contribuir a la formación y especialización de los Médicos en sus primeros años de profesionalidad y especialización se establecen en aquellas dos categorías de plazas, que serán denominadas Médicos internos y Médicos residentes.

Dos. La actuación de estos facultativos será la determinada en los Reglamentos de las instituciones sanitarias y de acuerdo con las normas del Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social.

Artículo cuarenta y ocho. Plazas de Médicos Ayudantes.—Uno. Los Especialistas Quirúrgicos y Médico-Quirúrgicos que realicen una asistencia completa serán auxiliados por un Médico Ayudante. Cuando el Especialista no actúe en institución propia de la Seguridad Social y mientras las circunstancias lo aconsejen, se podrá autorizar el nombramiento de aquellos Ayudantes que deban constituir el equipo.

Dos. El número de Médicos Ayudantes y de Anestesiistas-Instrumentistas que deban actuar en equipo para atender a los Especialistas Médico-Quirúrgicos del Subsector que no realicen la asistencia completa será de un Ayudante y un Anestesiista-Instrumentista por cada cuatro Especialistas nombrados en la cabecera del Subsector, siempre que el volumen y las características de la asistencia no aconsejen aumentar o reducir dicha proporción.

DISPOSICION FINAL

El Ministerio de Trabajo dictará las disposiciones que estime necesarias para la aplicación y desarrollo de lo preceptuado en el presente Decreto.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.—Uno. La elección de Pediatra-Puericultor de familia y de Tocólogo con independencia de la del Médico general, se llevará a efecto en un plazo no superior a dos años, a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

Dos. Provisionalmente se mantendrán los siguientes cupos:

Pediatría-Puericultura de familia	1.950
Tocología y Maternología	10.000

Tres. La regulación y desarrollo de lo dispuesto en el número uno de la presente transitoria se llevará a efecto por el Ministerio de Trabajo, oída la Comisión Especial de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social.

Segunda.—Los reconocimientos a que se refiere el artículo trece de este Decreto, en tanto no se disponga lo contrario, serán efectuados por los Tribunales Médicos existentes en la actualidad. Dichos Tribunales asumirán las funciones atribuidas en el número cuatro del artículo diecisiete del presente Decreto a las Comisiones Técnicas Calificadoras, en tanto éstas no se constituyan.

Tercera.—En tanto no se dicten las disposiciones a que se refiere el apartado b) del número uno del artículo segundo y el apartado b) del número uno del artículo catorce del presente Decreto, la asistencia sanitaria a los beneficiarios a que los mismos se refieren continuará rigiéndose por las normas vigentes en la actualidad.

Cuarta.—De conformidad con lo preceptuado en el artículo noveno del Decreto dos mil cuatrocientos diecinueve/mil novecientos sesenta y seis, de diez de septiembre, los trabajadores que, aun estando asimilados por razón de su categoría profesional al grupo primero de la Tarifa de bases de cotización, se hallasen incluidos en la fecha de promulgación de dicho Decreto en el Seguro Obligatorio de Enfermedad continuarán incluidos en la cobertura del Régimen General respecto a la asistencia sanitaria.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a dieciséis de noviembre de mil novecientos sesenta y siete.

FRANCISCO FRANCO

El Ministro de Trabajo,
JESUS ROMEO GORRIA