



BOLETIN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

II LEGISLATURA

Serie A:
PROYECTOS DE LEY

23 de abril de 1985

Núm. 145-I

PROYECTO DE LEY

General de Sanidad.

La Mesa del Congreso de los Diputados, en su reunión del día de hoy, ha acordado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 109 del Reglamento de la Cámara, remitir a la Comisión de Política Social y de Empleo y publicar en el BOLETIN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES el proyecto de Ley General de Sanidad.

Los señores Diputados y los Grupos Parlamentarios disponen de un plazo de quince días hábiles que expira el 13 de mayo para presentar enmiendas al citado proyecto de ley, cuyo texto se inserta a continuación.

La Memoria que se acompaña con el Proyecto de Ley de referencia, se encuentra a disposición de los señores Diputados en la Secretaría de la Comisión correspondiente.

En ejecución de dicho acuerdo, se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 17 de abril de 1985.—P. D., El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Luis María Cazorla Prieto**.

PROYECTO DE LEY GENERAL DE SANIDAD

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 costante 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, recreada, como órgano supremo. La idea de contenido de las responsabilidades públicas en este sector es también decimonónica: a la Administración Pública la 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 como 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.

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.

Lo más que se ha puesto en pie, desde principios de siglo, es un nuevo mito, en el que también han intentado

apoyarse los referidos proyectos: la coordinación. 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 ciertos 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 60 y principios de los 70. 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. Sólo el celo profesional de los sanitarios ha permitido 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

Las necesidades de reforma a las que se acaba de aludir, nunca cumplimentadas en profundidad, han venido a sumarse, para apoyar definitivamente la formulación

del presente anteproyecto de 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 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, 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.

El anteproyecto 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 el presente anteproyecto de ley se apoya, cuenta con poderes suficientes para organizar el sistema sanitario conforme a criterios unitarios y para imponer que esos principios estructurales básicos se perpetúen y sirvan de fundamento a la organización de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas.

III

La directriz sobre la que pivota toda la reforma que el presente anteproyecto de ley propone es la creación de un Sistema Nacional de Salud. Al establecerlo se han tenido bien presentes todas las experiencias organizati-

vas comparadas que han adoptado el mismo modelo, separándose en ellas para establecer las necesarias consecuencias derivadas de las peculiaridades de nuestra tradición administrativa y de nuestra organización política.

El eje del modelo que el anteproyecto adopta son las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la descentralización 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, organizados conforme a pautas unitarias e inspirados en una misma idea de lo que deben ser las estructuras públicas al servicio de la salud. Esa idea constitutiva es la integración de servicios que define, entre otros, el artículo 51 del anteproyecto: «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 indica 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 sin la indicada uniformidad sería imposible 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 constitución de los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas es, sin embargo, paulatina. Se evitan en el anteproyecto 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 planta de los servicios sanitarios; la segunda, a los organismos encargados de su gestión.

En cuanto a lo primero, el anteproyecto establece que serán las Areas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas; Areas 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 Areas 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 anteproyecto 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 el anteproyecto postula, al consumarse precisamente y de modo principal en el nivel administrativo constituido por las Comunidades Autónomas, puede producirse sin ninguna estridencia y superado 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. El anteproyecto de 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 el anteproyecto 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 Go-

bierno para que desarrolle las previsiones de la futura 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 1

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 legitimados, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

Artículo 2

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 58 al 72, 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 I

Del sistema de salud

CAPITULO PRIMERO

De los principios generales

Artículo 3

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario es-

tarán 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. Esta extensión se efectuará de forma progresiva. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

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

Artículo 4

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 y única del sistema sanitario.

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

Artículo 5

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 6

Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. Los poderes públicos promoverán 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 7

Los servicios sanitarios, así como los administrativos,

económicos y cualesquiera otros complementarios al servicio de la salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad y flexibilidad.

Artículo 8

1. Se considera como actividad básica 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 consideran actividad básica del sistema sanitario, los estudios de epidemiología comparada y las investigaciones y experimentaciones en medicina veterinaria aplicadas a la salud pública que debe comprender, entre otras, el área de la higiene, la tecnología e investigación alimentaria y la lucha contra la zoonosis, así como las técnicas necesarias para la prevención de riesgos en el hombre debido a la vida animal y a sus enfermedades.

Artículo 9

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 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 estar 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:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública o los intereses de la Comunidad.
- Cuando exista imperativo legal.
- Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- Cuando la urgencia en la atención al usuario no admita demoras.

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 punto 6, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el punto 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 regule el trabajo sanitario en los Centros de Salud.

14. A obtener los medicamentos conducentes a promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

Artículo 10

Serán obligaciones de los ciudadanos para con el sistema sanitario:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria, comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios, cuando esté enfermo o sometido a tratamiento.
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de 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 farmacéuticas 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 11

Los poderes públicos orientarán sus políticas de inversiones en orden a eliminar las desigualdades sanitarias con el fin de garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 149.1.1.ª y 158.1 de la Constitución.

Artículo 12

1. El Gobierno aprobará las normas precisas para evitar el intrusismo profesional.
2. Los respectivos Colegios Profesionales elaborarán y actualizarán su código deontológico.

Artículo 13

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

Artículo 14

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 Área de Salud, a ser atendidos en los Servicios especializados hospitalarios, pudiendo elegir su médico de entre los que trabajan en el mismo.

1.1. Cuando el usuario no pueda ser atendido en el hospital al que se refiere el apartado anterior, podrá elegir, entre los distintos servicios de su Comunidad Autónoma, en los términos que establezcan las disposiciones de desarrollo de la presente Ley.

1.2. En todo caso, los usuarios residentes en las Comunidades Autónomas en las que sólo exista un centro que no disponga de las dotaciones precisas para la atención del paciente, podrán elegir Servicio especializado hospitalario, adecuado a sus necesidades en las Comunidades Autónomas más cercanas. A estos efectos, las Comunidades Autónomas responsables actuarán de la forma prevista en el párrafo 1.5 del presente artículo.

1.3. Cuando las necesidades de diagnóstico y tratamiento superen las disponibilidades sanitarias de una

Comunidad Autónoma, el interesado podrá elegir Servicio hospitalario especializado entre las Comunidades Autónomas más próximas que hayan sido acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, oída la Comisión Nacional de Evaluación de Calidad.

1.4. Cuando por la naturaleza del proceso fuera preciso, la Administración Sanitaria competente, previo informe del servicio que hubiera atendido al paciente, facilitará el acceso de éste a cualquier Servicio especializado hospitalario del territorio nacional que disponga de la cualificación técnica precisa y haya sido acreditado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, oída la Comisión Nacional de Evaluación de Calidad.

1.5. Las Comunidades Autónomas establecerán entre sí y en su caso, con la Administración del Estado, los convenios de cooperación precisos para la aplicación de las previsiones de los párrafos anteriores.

1.6. Para la aplicación efectiva de la facultad de elección en cada uno de los supuestos explicitados en los apartados anteriores, es condición indispensable que el servicio especializado hospitalario elegido acepte al paciente, salvo en los casos en que el paciente sea remitido específicamente por un profesional, previo informe clínico, en orden a solucionar un problema concreto propio de la especialidad del servicio al que es enviado el enfermo.

1.7. Cuando no concurran las circunstancias previstas en este apartado, se estará a lo dispuesto en el apartado 2 de este artículo.

2. Los usuarios sin derecho a la asistencia del Sistema Nacional de Salud podrán acceder a los servicios sanitarios del mismo con la consideración de pacientes privados, de acuerdo con los siguientes criterios:

2.1. El ingreso de todos los pacientes ha de ser 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.

2.2. La facturación por la atención de estos pacientes será efectuada por la Administración del hospital, en base a los costes efectivos. Estos ingresos tendrán la condición de propios de los servicios de salud. En ningún caso, estos ingresos podrán revertir en aquéllos que intervienen en la atención de estos pacientes.

Artículo 15

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 aquéllos 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 SEGUNDO

De las actuaciones sanitarias del sistema de salud

Artículo 16

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 de los problemas de salud, 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.

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 familiar y la prestación de los servicios correspondientes.

8. La promoción y mejora de la salud ocupacional.

9. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.

10. 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 poner en riesgo la salud de las personas.

11. La promoción y mejora de las actividades de veterinaria de Salud Pública.

12. La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.

13. La mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria.

14. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud.

Artículo 17

1. Los poderes públicos concederán carácter prioritario 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.
- d) El suelo y subsuelo.
- e) Las distintas formas de energía.
- f) Transporte colectivo.
- g) Sustancias tóxicas y peligrosas.
- h) La vivienda y el urbanismo.
- i) El medio escolar y deportivo.
- j) El medio laboral.
- k) Cualquier otro aspecto del medio ambiente relacionado con la salud.

CAPITULO TERCERO

De la salud mental

Artículo 18

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 requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes, de forma gradual y a medida que los recursos económicos disponibles lo permitan, adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de internamiento.

2. La hospitalización de los procesos agudos que requieran tratamiento en régimen de internamiento se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada orientación de los problemas del enfermo mental crónico, 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 CUARTO

De la salud laboral

Artículo 19

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

a) Promover con carácter general la salud física y mental del trabajador y, específicamente, su aptitud para el trabajo.

b) Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales.

c) Determinar y prevenir los factores de microclima laboral en cuanto puedan ser determinantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores.

d) 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.

e) Elaborar junto con las autoridades del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social 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.

f) 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 punto anterior se desarrollarán desde las Areas de Salud a que alude el Capítulo Tercero 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 20

Los empresarios y trabajadores a través de sus representantes, participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la Salud Ocupacional, en los distintos niveles territoriales.

CAPITULO QUINTO

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

Artículo 21

A los efectos de proteger la salud pública y prevenir los peligros para la misma, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en el presente Capítulo cuando ello sea necesario por razones sanitarias de necesidad o urgencia, y siempre de acuerdo con lo previsto en la presente Ley.

Artículo 22

Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o vigilancia cuando se aprecie o sospeche razonablemente que la salud de la población puede quedar afectada por la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

Artículo 23

Para la consecución de los objetivos que se desarrollan en el presente Capítulo, la Administración Sanitaria creará los registros y análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

Artículo 24

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.

Artículo 25

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 en base a lo dispuesto en la presente Ley.

2. Podrán 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 admi-

nistrativa 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 26

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 párrafo 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 27

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 28

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 29

A efectos 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 consi-

deren necesarias en caso de riesgo de carácter epidemiológico.

Artículo 30

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 clasificación, 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 31

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 68 de la presente Ley estarán, además, sometidos a la evaluación de sus actividades y funcionamiento, sin perjuicio de lo establecido en los artículos 69, 90 y 91.

Artículo 32

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 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 esta-

blecimientos, por requerirlo la salud colectiva o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación y funcionamiento.

CAPITULO SEXTO

De las infracciones y sanciones

Artículo 33

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.

Artículo 34

En ningún caso se producirá 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 35

Se consideran infracciones en materia de Sanidad:

1. El incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones de naturaleza sanitaria.

2. Las acciones u omisiones que produzcan riesgos o daños efectivos para la salud de los ciudadanos o usuarios, ya sea en forma consciente o deliberada, ya por abandono de la diligencia y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.

3. El incumplimiento o transgresión de los requerimientos previos que concretamente formulen las autoridades sanitarias para situaciones específicas, al objeto de evitar riesgos que puedan resultar gravemente perjudiciales para la salud pública.

4. La obstrucción o negativa a suministrar datos o a facilitar las funciones de información, vigilancia o inspección.

5. En general, el incumplimiento de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en esta Ley y disposiciones que la desarrollen.

Artículo 36

Las infracciones se calificarán 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 so-

cial producida, generalización de la infracción y la reincidencia.

Artículo 37

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

- Infracciones leves, hasta 500.000 pesetas.
- Infracciones graves, hasta 2.500.000 pesetas, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quintuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.
- Infracciones muy graves, hasta 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. En los supuestos de infracciones muy graves el Consejo de Ministros podrá acordar el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicios 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, teniendo en cuenta la variación de los índices de precios para el consumo.

Artículo 38

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 rectifiquen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad.

TITULO II

De las competencias estatales, autonómicas, locales y de la alta inspección

CAPITULO PRIMERO

De las competencias del Estado

Artículo 39

1. Es competencia exclusiva del Estado, la Sanidad Exterior y las relaciones y Acuerdos Sanitarios Internacionales.

2. Son actividades de Sanidad Exterior todas aquellas que tratan de evitar que las personas, animales, plantas o productos procedentes del extranjero puedan ocasionar perjuicios para la salud de la población en el territorio nacional.

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 simplificación y agilización del 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 40

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 41

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 o importan, que recogerá las autorizaciones y comunicaciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias.

4. La autorización de aditivos, desnaturalizadores, material macromolecular para la fabricación de envases y embalajes, preparados alimenticios para regímenes especiales, detergentes y desinfectantes empleados en la industria alimentaria y otros productos de naturaleza análoga.

5. La reglamentación, autorización y registro u homologación según proceda, la inspección y el control de calidad de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los demás productos y artículos sanitarios y de aquéllos que al afectar al ser humano puedan poner en riesgo la salud de las personas.

6. La reglamentación, autorización e inspección 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.

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 homologación y registro de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplanta 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 programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario.

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 o epizootiológicos, 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 nacional.

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 cauces para la información y comunicación entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas en las materias previstas en la presente Ley.

CAPITULO SEGUNDO

De las competencias de las Comunidades Autónomas

Artículo 42

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

2. Los hospitales 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 Seguridad Social, de acuerdo con sus Estatutos. En los restantes casos, los hospitales de la Seguridad Social se coordinarán con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.

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

3. La coordinación de los servicios hospitalarios de la Seguridad Social con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido competencias en materia de 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.

CAPITULO TERCERO

De las competencias de las Corporaciones Locales

Artículo 43

1. Las normas de las Comunidades Autónomas al disponer sobre la organización de sus respectivos Servicios de Salud, determinarán las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones territoriales infrarregionales, 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 Consejos del Área de Salud, conforme a lo establecido en el capítulo tercero del Título tercero.

3. No obstante, los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades sanitarias mínimas:

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 y campamentos turísticos.

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.

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

5. El personal sanitario de las Áreas de Salud que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos relacionados en el apartado tres, 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 CUARTO

De la Alta Inspección

Artículo 44

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) Analizar el nivel, extensión y calidad de las prestaciones y servicios sanitarios exigidos, con carácter general, por las disposiciones sanitarias.

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

e) Comprobar que los fondos correspondientes a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas no son destinados a fines distintos de los principios generales establecidos en la presente Ley.

f) 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.

g) 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.

h) Asegurar 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.º, 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. Las actuaciones de la Alta Inspección se concretarán en informes y actas, pudiendo ser éstas de conformidad o de infracción de la legislación del Estado. Dichas actas serán remitidas al Ministro de Sanidad y Consumo y al Delegado del Gobierno en la Comunidad Autónoma, quienes, si lo estiman procedente, darán traslado de las mismas a los órganos competentes de la Comunidad Autónoma.

5. Cuando efectuado dicho traslado, las Autoridades del Estado tuvieran conocimiento de que persiste la situación que hubiera dado lugar a una infracción, podrán requerir formalmente a los órganos competentes de la Comunidad Autónoma para que adopten las medidas precisas a fin de corregir la infracción e impongan, si procede, la sanción correspondiente.

6. Si las medidas adoptadas por el órgano competente de la Comunidad Autónoma resultasen insuficientes y persistiese la infracción, el Ministerio de Sanidad y Consumo podrá, por sí mismo, poner en ejecución lo previsto en la legislación estatal.

TITULO III

De la estructura del Sistema Sanitario Público

CAPITULO PRIMERO

De la Organización General del Sistema Sanitario Público

Artículo 45

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 46

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 47

Son caracteres fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- La extensión de sus servicios a toda la población.
- 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.
- La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará por impuestos, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.

Artículo 48

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 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, 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 atribuya y cualesquiera otras 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 epígrafes anteriores, integrado parita-

riamente por representantes de las Organizaciones Empresariales y Sindicales más representativas de ámbito estatal.

Artículo 49

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 rentabilidad y eficacia de los Servicios Sanitarios.

CAPITULO SEGUNDO

De los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

Artículo 50

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

Artículo 51

1. En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud dotado de personalidad jurídica integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales infracomunitarias, que estará gestionado —como se indica 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 52

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 infracomunitarias

rias 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 53

Las Comunidades Autónomas en ejercicio de las competencias que les reconocen 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 54

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. A efectos de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada área, la Comunidad Autónoma deberá constituir asimismo los Consejos de Área, que se regulan en el Capítulo Tercero del Título III de esta Ley.

3. En ámbitos territoriales diferentes de los referidos en el párrafo anterior, la Comunidad Autónoma deberá garantizar una efectiva participación.

Artículo 55

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 deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud.

Artículo 56

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, tendrán capacidad de participar en la gestión de los mismos, elevando propuesta de definición de objetivos y fines, así como de presupuestos anuales. Asimismo elevará a la Comunidad Autónoma propuesta en terna para el nombramiento del Director del Centro Hospitalario.

CAPITULO TERCERO

De las Areas de Salud

Artículo 57

1. Las Comunidades Autónomas delimitarán, formarán y constituirán en su territorio, demarcaciones denominadas Áreas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta Ley se establecen, a los efectos de organizar un Sistema Sanitario coordinado e integral.

2. Las Áreas de Salud son las estructuras de base del Sistema Sanitario responsabilizadas de todas las prestaciones sanitarias públicas, que deberán desarrollar a través de una gestión unitaria de todos los centros y establecimientos de titularidad pública y de los programas sanitarios por ellos desarrollados.

En todo caso, las Áreas de Salud, deberán desarrollar, cuando menos, las siguientes actividades:

2.1. 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 prevención, curación y rehabilitación a través, tanto de sus medios básicos, como de sus equipos de apoyo específico de la atención primaria.

2.2. En el nivel de atención especializada, en el que se integrarán hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos, se realizará la atención a la salud de mayor complejidad y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

3. Las Áreas de Salud serán gestionadas por un órgano propio, donde deberán participar las corporaciones locales en ellas situadas con una representación no inferior al 40 por ciento, dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma.

3.1. Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos y de dotación de vías y medios de comunicación, laborales, epidemiológicos, culturales y climatológicos. Aunque pueden 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.

3.2. Como regla general, el Área 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 área.

Artículo 58

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

- 1.º De participación: Los Consejos de Salud de Area.
- 2.º De Dirección: Los Consejos de Dirección de Area.
- 3.º De Gestión: Los Gerentes de Area.

Artículo 59

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 52.2 de la presente Ley.

2. Los Consejos de Salud de Area estarán integrados por:

— La representación de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50 por ciento de sus miembros.

— Los profesionales sanitarios titulados, a través de sus órganos representativos, en una proporción no inferior al 25 por ciento.

— La Administración Sanitaria del Area de Salud.

3. Serán funciones del Consejo de Salud:

— Verificar la adecuación de las actuaciones en el Area de Salud a las normas y directrices de política sanitaria y económica.

— Orientar las directrices sanitarias del Area, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección.

— Proponer medidas a desarrollar en el Area de Salud para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades.

— Promover la participación comunitaria en el seno del Area de Salud.

— Conocer e informar el Anteproyecto del Plan de Salud del Area y de sus adaptaciones anuales.

— Conocer e informar la Memoria Anual del Area de Salud.

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

Artículo 60

1. Al Consejo de Dirección del Area de Salud le 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 Autónoma.

2. El Consejo de Dirección estará formado por la representación de la Comunidad Autónoma, que supondrá el 60 por ciento de los miembros de aquél, y los representantes de las Corporaciones Locales, elegidos por quienes ostentan tal condición en el Consejo de Salud.

3. Serán funciones del Consejo de Dirección:

— La aprobación y la revocación, en su caso, del Gerente del Area de Salud.

— La aprobación del proyecto del Plan de Salud del Area, dentro de las normas, directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma.

— La aprobación de la Memoria Anual del Area de Salud.

— El establecimiento de los criterios generales de coordinación en el Area de Salud.

— La aprobación de las prioridades específicas del Area de Salud.

— La aprobación del anteproyecto y de los ajustes anuales del Plan de Salud del Area.

— 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 61

1. El Gerente del Area de Salud será nombrado y cesado por el Consejo de Dirección del Area, a propuesta de la Administración Autónoma.

2. El Gerente del Area de Salud es el órgano de gestión de la misma. Este 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 62

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

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

En los casos que el cambio en el puesto de trabajo conlleve cambio de residencia, se estará a lo dispuesto en el artículo 40 del Estatuto de los Trabajadores.

Artículo 63

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 garantizado el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar, así como 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, sin perjuicio de las competencias que corresponden a la Organización Médica Colegial, con respecto al ejercicio profesional de sus colegiados.

Artículo 64

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. A efectos de 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.

Artículo 65

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 protección, 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.

Artículo 66

El Centro de Salud tendrá las siguientes funciones:

— Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.

— Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona.

— Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

— Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.

— Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona.

Artículo 67

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 existentes.

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 68

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 permitan.

2. Los protocolos serán objeto de revisión periódica.

3. El sector privado integrado mantendrá la titularidad de centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos presten sus servicios.

Artículo 69

1. La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior, se realizará mediante un convenio singular.

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 dada por hospitales privados para 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 es autorizado por la Administración Sanitaria correspondiente el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar.

4. Serán causas de incumplimiento del Convenio entre la Administración Sanitaria competente y el correspondiente hospital privado 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.º

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.

Artículo 70

1. Para facilitar la óptima utilización de los hospitales se realizará la adecuada sectorialización del Área de Salud.

2. Esta Ley reconoce la autonomía hospitalaria como base para la democratización de la vida hospitalaria en el marco del Área de Salud.

Artículo 71

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 Área de Salud, con objeto de completar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.

Los médicos y otros profesionales titulados del centro

deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo.

Artículo 72

Todos los hospitales deberán disponer de una unidad de análisis de calidad para evaluar la eficacia de la asistencia prestada. Asimismo se deberán organizar las unidades que velen por el cumplimiento de los derechos y obligaciones de los ciudadanos al objeto de conseguir la humanización de las instituciones sanitarias.

CAPITULO CUARTO

De la Coordinación General Sanitaria

Artículo 73

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 Planificación 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 comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.

c) Las medidas o 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 la planificación general sanitaria de acuerdo con las previsiones que le sean suministradas por las Comunidades Autónomas y el asesoramiento y colaboración de los Sindicatos y otras organizaciones profesionales, empresariales y económicas.

4. Los criterios generales de planificación aprobados por el Estado, se remitirán a las Comunidades Autónomas a efectos de 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 74

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 75

Las Comunidades Autónomas podrán establecer planes en materias 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 76

1. La ejecución de los planes a los que se refieren los artículos anteriores se llevará a cabo por los órganos del Estado o de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus respectivas competencias.

2. Como desarrollo a 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 77

1. El Plan Integrado de Salud 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 un plazo de vigencia trienal.

Artículo 78

1. El Departamento de Sanidad de la Administración del Estado comprobará la adecuación de los proyectos de planes propios de las Comunidades Autónomas a los objetivos y prioridades generales establecidos por el Estado y, en su caso, advertirá a las Comunidades Autónomas de las desviaciones que observe.

2. A efectos de la confección del Plan Integrado de Salud, las Comunidades Autónomas remitirán los proyectos de planes aprobados por los organismos com-

petentes de las mismas, de acuerdo con lo establecido en los artículos anteriores.

3. Formuladas las observaciones a que se refiere el punto 1 del presente artículo y aprobadas por los Organismos competentes, el Departamento de Sanidad confeccionará el Plan Integrado de Salud, que contendrá las especificaciones referidas en el artículo 77 de la presente Ley.

Artículo 79

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.

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.

3. Para la elaboración del Plan Integrado de Salud, las Comunidades Autónomas deberán remitir sus planes de salud al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Artículo 80

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 referida del grado de ejecución de los planes estatales, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO QUINTO

De la financiación

Artículo 81

1. 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.

2. La aportación para la financiación de los Servicios de las Corporaciones Locales que deban ser asumidos por las Comunidades Autónomas, se llevará a efecto por las mismas y teniendo en cuenta lo que se dispone en el artículo 88.4, con cargo al Fondo Nacional de Cooperación Municipal y la participación provincial en los ingresos del Estado, sin perjuicio de otras aportaciones que pudiera realizar este último.

Artículo 82

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 a la extensión de la asistencia sanitaria por la Seguridad Social de 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 los propios municipios 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 83

La financiación de la ampliación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social, se realizará:

- a) En el supuesto de personas sin recursos económicos, con cargo a transferencias estatales.
- b) En los restantes supuestos se arbitrarán dos sistemas alternativos para el otorgamiento de servicios:

— Pago periódico, por dichas personas, del coste medio de la asistencia sanitaria por beneficiario, que se determinará en igualdad de condiciones económicas con el resto de los afiliados al sistema de la Seguridad Social.

— Pago por proceso sanitario, según baremo fijado

por la Administración Sanitaria, de cada uno de los servicios que se perciban.

Artículo 84

La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones sanitarias básicas, 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 eliminar las desigualdades territoriales sanitarias, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11.

Artículo 85

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.

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 integrados en el presupuesto de cada ejercicio que se autoricen a favor de la Comunidad Autónoma tendrán carácter limitativo. Los compromisos de gastos que se adquirieran 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.

Artículo 86

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 in-

gresos 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 hubieren atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos, tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados.

CAPITULO SEXTO

Del personal

Artículo 87

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 regirá 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 62 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. La concreción de las funciones de cada estamento de los señalados en el párrafo anterior se establecerán 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.

Artículo 88

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 89

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.

TITULO IV

De las actividades Sanitarias Privadas

CAPITULO PRIMERO

Del ejercicio libre de las profesiones sanitarias

Artículo 90

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 SEGUNDO

De las entidades sanitarias

Artículo 91

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

Artículo 92

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 que los celebren, 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. La Administración del Estado fijará los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables

a los conciertos a que se refiere el apartado anterior. Las condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes objetivos, 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 del Estado, 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 93

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 y requisitos exigibles para que una actividad sanitaria pueda ser calificada de alto interés social, y ser apoyada económicamente con fondos públicos.

Artículo 94

1. La Administración Sanitaria facilitará la libre actividad de las asociaciones de usuarios de la sanidad y de las entidades sin afán de lucro 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 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 95

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, concurren 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 96

1. Los hospitales privados integrados 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 97

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 licencia previa. Para los demás productos y artículos sanita-

rios 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 o no 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 Ley del Medicamento 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 98

1. La licencia de los medicamentos y demás productos sanitarios será temporal y, agotada su vigencia, deberá revalidarse. También habrá el titular de notificar anualmente su intención de mantenerlos en el mercado para que no se extinga la licencia.

2. Podrá la autoridad sanitaria suspenderla o revocarla por causa grave de salud pública.

Artículo 99

La Administración Sanitaria del Estado, con respecto a 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 los 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 100

1. La Farmacopea Española 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 101

Los importadores, fabricantes y profesionales sanita-

rios tienen la obligación de comunicar a la autoridad sanitaria los efectos adversos causados por medicamentos y otros productos sanitarios, cuando de ellos pueda derivarse un peligro grave para la vida o la salud de los pacientes o, aún en casos menos graves, cuando se trate de medicamentos de reciente comercialización.

Artículo 102

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 correctos.

3. Los laboratorios fabricantes y los mayoristas contarán con un Director Técnico Farmacéutico responsable. En aquellos laboratorios de productos biológicos deberá ser un licenciado suficiente cualificado, de acuerdo con las directivas de las Comunidades Europeas.

Artículo 103

1. La licencia de los medicamentos y demás productos sanitarios y de las entidades a que se refiere el artículo 98, a su otorgamiento y anualmente devengarán los precios y tasas necesarios 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. Las tasas, precios y fianzas a que se refiere el párrafo anterior, podrán graduarse o suprimirse con sujeción a reglas objetivas para 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 104

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 105

1. La custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponderá:

- A las oficinas de farmacia legalmente autorizadas.
- 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 106

Toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pre-graduada, post-graduada y continuada de los profesionales.

1. 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 corresponden, 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.

2. Por el Gobierno, a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, se establecerán las bases generales del 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. Dichas bases preverán los requisitos mínimos que estas instituciones sanitarias deban tener para el cumplimiento de dichos fines.

Asimismo, se preverá la participación de los Consejos de Gobierno de las Comunidades Autónomas en los conciertos singulares que, conforme a aquéllas, se suscriban entre Universidades e Instituciones Sanitarias.

3. 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.

4. 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 las Universidades en sus órganos de gobierno.

5. El Ministerio de Educación y Ciencia y, en especial, las Universidades, así como el Ministerio de Sanidad y Consumo, 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 SEGUNDO

Del fomento de la investigación

Artículo 107

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 108

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 109

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 110

En la financiación de la investigación se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

— Establecimiento de un presupuesto anual mínimo de investigación consistente en un 1 por ciento de los presupuestos globales de salud, que se alcanzará progresivamente a partir de la promulgación de la presente Ley.

— Evaluación sanitaria y económica de las inversiones en investigación.

TITULO VII

Del Instituto de Salud Carlos III

CAPITULO UNICO

Artículo 111

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 112

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 46 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) El control de las enfermedades infecciosas e inmunológicas.
 - k) El control de las enfermedades crónicas.
 - l) Investigación clínica.
 - m) Ciencias sociales y económicas aplicadas a la salud.
 - n) Fomento y coordinación de las actividades de investigación biomédica y sanitaria, en el marco de la Ley de Fomento y Coordinación de la Ciencia.
 - ñ) Educación sanitaria de la población.

Artículo 113

El Instituto de Salud Carlos III podrá 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 aplicables.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera

1. Las disposiciones establecidas en la presente Ley sobre financiación de los Servicios Sanitarios, se aplicarán sin perjuicio de las especialidades contenidas en el Estatuto Vasco, en la Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero de Navarra y disposiciones complementarias sobre el régimen de convenios o conciertos económicos.

2. El régimen económico y de financiación de las prestaciones específicas de la Seguridad Social se regirán en todo caso, por las normas generales de esta última, para el conjunto del Estado.

Segunda

El Gobierno adoptará los criterios básicos, mínimos y comunes para el desarrollo de la informática sanitaria, racionalización de los registros y catálogos sanitarios, estadística y publicaciones oficiales.

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 Administración del Estado.

Cuarta

La distribución y venta de medicamentos y demás productos zoonosanitarios se regulará por su legislación correspondiente.

Quinta

El coste económico de la incorporación de la población actualmente no protegida por la Seguridad Social y con recursos económicos suficientes, se deberá compensar, mediante la adquisición por los interesados de una cartilla sanitaria o mediante el pago de las tasas correspondientes.

Sexta

Los artículos 21, 22 y 29 de la presente Ley, tendrán el carácter de ley orgánica a los efectos del artículo 81 de la Constitución.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera

Cuando el Gobierno proceda a la reordenación, refundición o integración de cualquiera de los diversos regímenes especiales de la Seguridad Social, habrá de atenderse a las disposiciones contempladas en esta Ley.

Segunda

1. Las Corporaciones Locales que en la actualidad

dispongan 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 párrafo anterior la adscripción funcional a que se refiere el Artículo 51.2 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 efecto de la financiación de las inversiones nuevas y las de conservación, mejora y sustitución de los establecimientos.

4. En todo caso, hasta tanto entra en vigor el régimen definitivo de financiación de las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales contribuirán a la financiación de los Servicios de Salud de aquellas en una cantidad igual a la asignada en sus presupuestos 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 INSALUD.

5. Las cantidades correspondientes a los conciertos a que se refiere el párrafo anterior, se asignarán directamente a las Comunidades Autónomas cuando se produzca la adscripción funcional de los establecimientos de acuerdo con lo previsto en el párrafo 2 de la presente Disposición Transitoria.

Tercera

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.

Cuarta

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.

Quinta

1. El Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto las Comunidades Autónomas no tengan asumidas las correspondientes competencias estatutarias y no

se haya culminado el proceso de transferencias a dichas Comunidades Autónomas.

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.

Sexta

Con anterioridad a la organización definitiva de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, éstas deberán establecer las reglas precisas para la designación de los miembros de los órganos colegiados de gestión y participación de acuerdo con lo establecido en la presente Ley.

Séptima

1. A los efectos de aplicación del Capítulo Sexto 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.

Octava

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. A efectos de 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 planificación y demás circunstancias a que alude el artículo 80 de la presente Ley, en el plazo máximo de dieciocho meses contados a partir de la entrada en vigor de la misma.

Novena

El párrafo tercero del artículo 100.3 no autorizará el

nombramiento como directores técnicos de extranjeros, más que cuando así lo establezcan los Tratados Internacionales suscritos por España y los españoles gocen de reciprocidad en el país del que aquéllos sean nacionales.

Décima

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.

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, postgraduada y especialización sanitaria se señalan en el Título VI, el Gobierno en el plazo de dieciocho meses a partir de la publicación de la presente Ley regularizará, aclarará y armonizará los siguientes textos legales:

— La Base Tercera de la 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 de 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 beneficencia 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 tercero y cuarto 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 armonizar 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 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 y Centros de Investigación Agraria y Ganadera, Laboratorios de Aduanas y de Control de las Exportaciones e Importaciones 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. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Mutuas de Accidentes, Mutualidades e Instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, podrán 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 doce meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, establecerá la ordenación general, las condiciones mínimas, las reglas de ordenación y funcionamiento y las relativas a autorizaciones, registro y catalogación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, con arreglo a lo establecido en esta Ley.

Quinta

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 la ordenación general de los productos, material e instrumental sanitario con arreglo a los principios establecidos en la presente Ley.

Sexta

Para alcanzar los objetivos de la presente Ley, el Gobierno en el plazo máximo de dieciocho meses a partir de la publicación de la presente Ley, 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 nueve 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.ª, 11.ª, 12.ª, 13.ª, 14.ª y 15.ª 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.º, 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 5.ª, 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.

Séptima

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 labores 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.

3. Se realizará una constante actualización de la normativa con el fin de ajustarla a los progresos tecnológicos y científicos y a los conocimientos derivados de la experiencia directa del trabajo.

Octava

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.

Novena

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 las Comunidades Autónomas u otras Administraciones Públicas.

Décima

La autorización para refundir textos legales determinará el ámbito normativo a que se refiere el contenido de la delegación, especificando si se circunscribe a la mera formulación de un texto único o si se incluye la de regularizar, aclarar y armonizar los textos legales que han de ser refundidos.

Undécima

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.

Duodécima

A los efectos de esta Ley, se entienden como funcionarios sanitarios de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social los incluidos en los Cuerpos y Escalas Sanitarias del Estatuto de Personal del extinguido INP, de Asesores Médicos del extinguido Mutualismo Laboral y de la Escala de Inspectores Médicos del Instituto Social de la Marina.

Decimotercera

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.

Decimocuarta

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.

Decimoquinta

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.

Decimosexta

Se autoriza al Gobierno para modificar los mecanismos de protección sanitaria de los diferentes regímenes públicos existentes, acomodándoles a los principios establecidos en la presente Ley.

Imprime RIVADENEYRA, S. A. - MADRID

Cuesta de San Vicente, 28 y 36

Teléfono 247-23-00.-28008 Madrid

Depósito legal: M. 12.580 - 1961