LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD.

(BOE Nº-102, DE 29 DE ABRIL DE 1986)

JUAN CARLOS I REY DE ESPAÑA A TODOS LOS QUE LA PRESENTE VIEREN Y ENTENDIEREN, SABED: QUE LAS CORTES GENERALES HAN APROBADO Y YO VENGO EN SANCIONAR LA SIGUIENTE LEY:

DE TODOS LOS EMPEÑOS QUE SE HAN ESFORZADO EN CUMPLIR LOS PODERES PUBLICOS DESDE LA EMERGENCIA MISMA DE LA ADMINISTRACION CONTEMPORANEA, TAL VEZ NO HAYA NINGUNO TAN REITERADAMENTE ENSAYADO NI CON TANTA CONTUMACIA FRUSTRADO COMO LA REFORMA DE LA SANIDAD.

ES, EN EFECTO, UN DATO HISTORICO FACILMENTE VERIFICABLE QUE LAS RESPUESTAS PUBLICAS AL RETO QUE EN CADA MOMENTO HA SUPUESTO LA ATENCION A LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA COLECTIVIDAD HAN IDO SIEMPRE A LA ZAGA DE LA EVOLUCION DE LAS NECESIDADES SIN CONSEGUIR NUNCA ALCANZARLAS, DE MANERA QUE SE HA CONVERTIDO EN UNA CONSTANTE ENTRE NOSOTROS LA INADAPTACION DE LAS ESTRUCTURAS SANITARIAS A LAS NECESIDADES DE CADA EPOCA.

ES CONOCIDO QUE EL PRIMER ENSAYO DE PONER AL DIA LAS TECNICAS DE INTERVENCION PUBLICA EN LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA COLECTIVIDAD LO CONSTITUYO EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO DE 1822, CUYA APROBACION FRUSTRARON EN SU MOMENTO LAS DISPUTAS ACERCA DE LA EXACTITUD CIENTIFICA DE LOS MEDIOS TECNICOS DE ACTUACION EN QUE PRETENDIA APOYARSE. CON ESTE FRACASO, LA CONSOLIDACION DE UN ORGANO EJECUTIVO BIEN DOTADO Y FLEXIBLE, ACOMODADO EN CUANTO A SU ORGANIZACION A LAS NUEVAS TECNICAS DE ADMINISTRACION QUE TRATAN DE ABRIRSE CAMINO EN ESPAÑA EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA PASADA CENTURIA, TIENE QUE ESPERAR HASTA LA APROBACION DE LA LEY DE 28 DE NOVIEMBRE DE 1855, QUE CONSAGRA LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD, CREADA MUY POCOS AÑOS ANTES. ESTA LEY EXTENDERA SU VIGENCIA DURANTE UNA LARGUISIMA EPOCA, AUNQUE NO EN RAZON A SUS EXCELENCIAS, SINO A LA IMPOSIBILIDAD DE LLEGAR A UN ACUERDO SOBRE UN NUEVO TEXTO DE LEY SANITARIA, CUYA FORMULACION SE ENSAYA CON REITERACION DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS DEL SIGLO PASADO Y PRIMEROS DEL PRESENTE, SIN CONSEGUIR DEFINITIVA APROBACION. 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 INSTRUCCION GENERAL DE SANIDAD, NORMA QUE, A PESAR DE HABERSE MANTENIDO VIGENTE EN PARTE HASTA FECHAS MUY PROXIMAS, APENAS SI ALTERO EL DISPOSITIVO DE LA ORGANIZACION PUBLICA AL SERVICIO DE LA SANIDAD. ES, PUES, EL ESQUEMA ORGANIZATIVO DE 1855 (CAMBIANDO POR EPOCAS EL NOMBRE DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD POR EL DE INSPECCION 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, ASUMIO LA PLANTA ESTRUCTURAL RECIBIDA, QUE NO ALTERA, SINO QUE PERPETUARA. EL ESQUEMA ORGANIZATIVO ES, EN EFECTO, EL MISMO DE 1855, BASADO EN UNA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD, RECRECIDA, COMO ORGANO SUPREMO. LA IDEA DE CONTENIDO DE LAS RESPONSABILIDADES PUBLICAS EN ESTE SECTOR ES TAMBIEN

DECIMONONICO: A LA ADMINISTRACION PUBLICA LE CUMPLE ATENDER AQUELLOS PROBLEMAS SANITARIOS QUE PUEDEN AFECTAR A LA COLECTIVIDAD CONSIDERADA COMO CONJUNTO, LE COMPETE DESARROLLAR UNA ACCION DE PREVENCION, EN SUMA. LA FUNCION ASISTENCIAL, EL PROBLEMA DE LA ATENCION A LOS PROBLEMAS DE LA SALUD INDIVIDUAL, QUEDAN AL MARGEN.

EL ESTANCAMIENTO DE LA ESPECIFICA ORGANIZACION PUBLICA AL SERVICIO DE LA SANIDAD NO SIGNIFICARA, SIN EMBARGO, UNA DESATENCION DE TODOS LOS PROBLEMAS NUEVOS, SINO LA RUPTURA DEL CARACTER UNITARIO DE ESA ORGANIZACION, QUE SE FRAGMENTA EN DIVERSOS SUBSISTEMAS QUE SE ORDENAN SEPARADAMENTE, RESPONDIENDO A PRINCIPIOS Y FINALIDADES PROPIAS, AL MARGEN DE UNA DIRECCION UNITARIA. EN EFECTO, A LAS FUNCIONES PREVENTIVAS TRADICIONALES SE SUMARAN OTRAS NUEVAS, RELATIVAS AL MEDIO AMBIENTE, LA ALIMENTACION, EL SANEAMIENTO, LOS RIESGOS LABORALES, ETC., QUE HARAN NACER ESTRUCTURAS PUBLICAS NUEVAS A SU SERVICIO.

LAS FUNCIONES ASISTENCIALES CRECEN Y SE DISPERSAN IGUALMENTE. LAS TRADICIONALES SOLO SE REFERIAN A LA PREVENCION O ASISTENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE PARTICULAR TRASCENDENCIA SOCIAL (LA TUBERCULOSIS, ENFERMEDADES MENTALES, ETC.). ESTAS ATENCIONES ASISTENCIALES TRADICIONALES SE ASUMEN CON RESPONSABILIDAD PROPIA POR DIFERENTES ADMINISTRACIONES PUBLICAS (ESTADO, DIPUTACIONES) QUE FUNCIONAN SIN NINGUN NEXO DE UNION EN LA FORMULACION DE LAS RESPECTIVAS POLITICAS SANITARIAS. NINGUNA DE ELLAS SE DIRIGE, SIN EMBARGO, A LA ATENCION DEL INDIVIDUO CONCRETO, SI LA ENFERMEDAD QUE PADECE NO ES ALGUNA DE LAS SINGULARIZADAS POR SU TRASCENDENCIA. EL DOGMA QUE PERDURA ES EL DECIMONONICO 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 PREVISION DIRIGIDO A LOS TRABAJADORES, TAMBIEN ESE SISTEMA CREA SUS PROPIAS ESTRUCTURAS SANITARIAS QUE SE ESTABLECEN AL MARGEN DE LA ORGANIZACION GENERAL, Y FUNCIONAN CONFORME A POLITICAS E IMPULSOS ELABORADOS CON SEPARACION, AUNQUE EXPLICADOS POR LAS NUEVAS NECESIDADES Y AVANCES TANTO EN EL CAMPO DE LA SALUD Y ENFERMEDAD COMO EN LOS NUEVOS CRITERIOS QUE SE VAN IMPONIENDO DE COBERTURA SOCIAL Y ASISTENCIA SANITARIA.

PUEDE DECIRSE SIN HIPERBOLE 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 DIA SIGUIENTE A LA APROBACION DE LA LEY DE BASES DE 1944. PROBARIA ESTE ASERTO UNA INDAGACION SUMARIA DE LOS ARCHIVOS DE LA ADMINISTRACION, DONDE PUEDEN ENCONTRARSE SUCESIVOS INTENTOS DE REFORMA QUE, SIN EMBARGO, NO HAN VISTO OTRA LUZ QUE LA DE LOS DESPACHOS DE LOS MINISTERIOS.

ANTE LA IMPOSIBILIDAD O LA FALTA DE CONVICCION 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 PUBLICAS, LA COORDINACION PODRIA SER LA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE RACIONALIZACION DEL SISTEMA. EL ENSAYO ES YA

VIEJO. SE INTENTA IMPLANTAR PRIMERO EN EL AMBITO DE LAS ADMINISTRACIONES LOCALES CON LA LEY DE COORDINACION SANITARIA DE 11 DE JUNIO DE 1934. LUEGO, CON CARACTER MAS GENERAL Y TAMBIEN EN EL AMBITO DE LOS SERVICIOS CENTRALES, CON LA LEY DE HOSPITALES DE 21 DE JULIO DE 1962, Y MEDIANTE LA CREACION DE UN EXTENSISIMO NUMERO DE COMISIONES INTERMINISTERIALES, QUE FLUYEN COMO UN VERDADERO ALUVION, PLANTEANDO AL FINAL EL PROBLEMA DE COORDINAR A LOS ORGANOS COORDINADORES.

PARALELAMENTE, EN EL AÑO 1942, MEDIANTE LEY DE 14 DE DICIEMBRE, SE CONSTITUYE EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD, BAJO EL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION. ESTE SISTEMA DE COBERTURA DE LOS RIESGOS SANITARIOS, ALCANZADO A TRAVES DE UNA CUOTA VINCULADA AL TRABAJO, SE HA DESARROLLADO ENORMEMENTE COMO CONSECUENCIA DEL PROCESO PAULATINO DE EXPANSION ECONOMICA QUE HA SURGIDO EN NUESTRO PAIS DESDE 1950, PERO ESPECIALMENTE EN LOS SESENTA Y PRINCIPIOS DE LOS SETENTA. EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD, DESDE SU CREACION Y SU POSTERIOR REESTRUCTURACION 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 NUMERO DE PATOLOGIAS DENTRO DE SU CUADRO DE PRESTACIONES Y, AL MISMO TIEMPO, HA SIDO UN SISTEMA QUE HA IDO PROGRESIVAMENTE INCLUYENDO MAYOR NUMERO DE PERSONAS Y COLECTIVOS DENTRO DE SU ESQUEMA DE SEGURO SANITARIO. EN LA ACTUALIDAD, ESTE SISTEMA SANITARIO DE SEGURIDAD SOCIAL ESTA MUY EVOLUCIONADO, SIENDO GESTOR AUTONOMO DE UNA ESTRUCTURA SANITARIA EXTENDIDA POR TODO EL TERRITORIO NACIONAL, CONSTITUYENDO LA RED SANITARIA MAS IMPORTANTE DE NUESTRO PAIS.

AUNQUE CON LA CREACION, 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, DERROCHANDOSE LAS ENERGIAS Y LAS ECONOMIAS PUBLICAS Y SIN ACERTAR A ESTABLECER ESTRUCTURAS ADECUADAS A LAS NECESIDADES DE NUESTRO TIEMPO. NO OBSTANTE, HA SIDO POSIBLE MANTENER UN NIVEL RAZONABLEMENTE EFICIENTE DE NUESTRA SANIDAD QUE, SIN DUDA, PODRA MEJORARSE Y HACER MAS RENTABLE Y EFICAZ SI SE IMPULSA CON FIRMEZA EL ESTABLECIMIENTO DE UN NUEVO SISTEMA UNITARIO ADAPTADO A LAS NUEVAS NECESIDADES.

A LAS NECESIDADES DE REFORMA A LAS QUE SE ACABA DE ALUDIR, NUNCA CUMPLIMENTADAS EN PROFUNDIDAD, HAN VENIDO A SUMARSE, PARA APOYAR DEFINITIVAMENTE LA FORMULACION DE LA PRESENTE LEY GENERAL DE SANIDAD, DOS RAZONES DE MAXIMO PESO, POR PROVENIR DE NUESTRA CONSTITUCION, QUE HACEN QUE LA REFORMA DEL SISTEMA NO PUEDA YA DEMORARSE. LA PRIMERA ES EL RECONOCIMIENTO EN EL ARTICULO 43 Y EN EL ARTICULO 49 DE NUESTRO TEXTO NORMATIVO FUNDAMENTAL DEL DERECHO DE TODOS LOS CIUDADANOS A LA PROTECCION DE LA SALUD, DERECHO QUE, PARA SER EFECTIVO, REQUIERE DE LOS PODERES PUBLICOS LA ADOPCION DE LAS MEDIDAS IDONEAS PARA SATISFACERLO. LA SEGUNDA, CON MAYOR INCIDENCIA AUN EN EL PLANO DE LO ORGANIZATIVO, ES LA INSTITUCIONALIZACION, A PARTIR DE LAS PREVISIONES DEL TITULO VIII DE NUESTRA CONSTITUCION, DE

COMUNIDADES AUTONOMAS EN TODO EL TERRITORIO DEL ESTADO, A LAS CUALES HAN RECONOCIDO SUS ESTATUTOS AMPLIAS COMPETENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD.

LA LEY DA RESPUESTA AL PRIMER REQUERIMIENTO CONSTITUCIONAL ALUDIDO, RECONOCIENDO EL DERECHO A OBTENER LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA SANITARIO A TODOS LOS CIUDADANOS Y A LOS EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA, SI BIEN, POR RAZONES DE CRISIS ECONOMICA QUE NO ES PRECISO SUBRAYAR, NO GENERALIZA EL DERECHO A OBTENER GRATUITAMENTE DICHAS PRESTACIONES SINO QUE PROGRAMA SU LICACION 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 RACIONALIZACION QUE INTRODUCE EN LA ADMINISTRACION, PUEDE ESPERARSE LO CONTRARIO.

LA INCIDENCIA DE LA INSTAURACION DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS EN NUESTRA ORGANIZACION SANITARIA TIENE UNA TRASCENDENCIA DE PRIMER ORDEN. SI NO SE ACIERTA A PONER A DISPOSICION DE LAS MISMAS, A TRAVES DE LOS PROCESOS DE TRANSFERENCIAS DE SERVICIOS, UN DISPOSITIVO SANITARIO SUFICIENTE COMO PARA ATENDER LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LA POBLACION RESIDENTE EN SUS RESPECTIVAS JURISDICCIONES, LAS DIFICULTADES ORGANIZATIVAS TRADICIONALES PUEDEN INCREMENTARSE, EN LUGAR DE RESOLVERSE. EN EFECTO, SI LAS COMUNIDADES AUTONOMAS SOLO RECIBIERAN ALGUNOS SERVICIOS SANITARIOS CONCRETOS, Y NO BLOQUES ORGANICOS COMPLETOS, LAS TRANSFERENCIAS DE SERVICIOS PARARIAN EN LA INCORPORACION DE UNA NUEVA ADMINISTRACION PUBLICA AL YA COMPLEJO ENTRAMADO DE ENTES PUBLICOS CON RESPONSABILIDADES SOBRE EL SECTOR.

ESTE EFECTO ES, SIN EMBARGO, ADEMAS DE UN ESTIMULO PARA ANTICIPAR LA REFORMA, PERFECTAMENTE EVITABLE. EL ESTADO, EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 149.1.16 DE LA CONSTITUCION, EN EL QUE LA PRESENTE LEY SE APOYA, HA DE ESTABLECER LOS PRINCIPIOS Y CRITERIOS SUBSTANTIVOS QUE PERMITAN CONFERIR AL NUEVO SISTEMA SANITARIO UNAS CARACTERISTICAS GENERALES Y COMUNES, QUE SEAN FUNDAMENTO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN TODO EL TERRITORIO DEL ESTADO.

LA DIRECTRIZ SOBRE LA QUE DESCANSA TODA LA REFORMA QUE EL PRESENTE PROYECTO DE LEY PROPONE ES LA CREACION DE UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD. AL ESTABLECERLO SE HAN TENIDO BIEN PRESENTES TODAS LAS EXPERIENCIAS ORGANIZATIVAS COMPARADAS QUE HAN ADOPTADO EL MISMO MODELO, SEPARANDOSE EN ELLAS PARA ESTABLECER LAS NECESARIAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LAS PECULIARIDADES DE NUESTRA TRADICION ADMINISTRATIVA Y DE NUESTRA ORGANIZACION POLITICA.

EL EJE DEL MODELO QUE LA LEY ADOPTA SON LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, ADMINISTRACIONES SUFICIENTEMENTE DOTADAS Y CON LA PERSPECTIVA TERRITORIAL NECESARIA, PARA QUE LOS BENEFICIOS DE LA AUTONOMIA NO QUEDEN EMPEÑADOS POR LAS NECESIDADES DE EFICIENCIA EN LA GESTION. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SE CONCIBE ASI COMO EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS CONVENIENTEMENTE COORDINADOS. EL

PRINCIPIO DE INTEGRACION PARA LOS SERVICIOS SANITARIOS EN CADA COMUNIDAD AUTONOMA INSPIRA EL ARTICULO 50 DE LA LEY: <EN CADA COMUNIDAD AUTONOMA SE CONSTITUIRA 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 ESTARA GESTIONADO COMO SE ESTABLECE EN LOS ARTICULOS SIGUIENTES BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LA RESPECTIVA COMUNIDAD AUTONOMA>. ES BASICA LA GENERALIZACION DE ESTE MODELO ORGANIZATIVO Y EL ESTADO PARA IMPLANTARLO, DE LAS FACULTADES QUE LE CONCEDE EL ARTICULO 149.1.16 DE LA CONSTITUCION. LA INTEGRACION EFECTIVA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ES BASICA, NO SOLO PORQUE SEA UN PRINCIPIO DE REFORMA EN CUYA APLICACION ESTA EN JUEGO LA EFECTIVIDAD DEL DERECHO A LA SALUD QUE LA CONSTITUCION RECONOCE A LOS CIUDADANOS, SINO TAMBIEN PORQUE ES DESEABLE ASEGURAR UNA IGUALACION DE LAS CONDICIONES DE VIDA, IMPONER LA COORDINACION DE LAS ACTUACIONES PUBLICAS, MANTENER EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS PUBLICOS SOBRE MINIMOS UNIFORMES Y, EN FIN, LOGRAR UNA EFECTIVA PLANIFICACION SANITARIA QUE MEJORE TANTO LOS SERVICIOS COMO SUS PRESTACIONES.

LOS SERVICIOS SANITARIOS SE CONCENTRAN, PUES, BAJO, LA RESPONSABILIDAD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y BAJO LOS PODERES DE DIRECCION, EN LO BASICO, Y LA COORDINACION DEL ESTADO. LA CREACION DE LOS RESPECTIVOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS ES, SIN EMBARGO, PAULATINA. SE EVITAN EN LA LEY SALTOS EN EL VACIO, SE PROCURA LA ADOPCION PROGRESIVA DE LAS ESTRUCTURAS Y SE ACOMODA, EN FIN, EL RITMO DE APLICACION DE SUS PREVISIONES A LA MARCHA DE LOS PROCESOS DE TRANSFERENCIAS DE SERVICIOS A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS.

LA CONCENTRACION DE SERVICIOS Y SU INTEGRACION EN EL NIVEL POLITICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, 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 MAS ADECUADO PARA SU GESTION, ESTO NO SIGNIFICA, SIN EMBARGO, LA CORRELATIVA ACEPTACION DE UNA FUERTE CENTRALIZACION DE SERVICIOS EN ESE NIVEL. PARA EVITARLO SE ARTICULAN DOS TIPOS DE PREVISIONES: LA PRIMERA SE REFIERE A LA ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS; LA SEGUNDA, A LOS ORGANISMOS ENCARGADOS DE SU GESTION.

EN CUANTO A LO PRIMERO, LA LEY ESTABLECE QUE SERAN LAS AREAS DE SALUD LAS PIEZAS BASICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS; AREAS ORGANIZADAS CONFORME A LA INDICADA CONCEPCION 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 INDOLE, PERO SOBRE TODO, RESPONDIENDO A LA IDEA DE PROXIMIDAD DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS Y DE GESTION DESCENTRALIZADA Y PARTICIPATIVA.

EN SEGUNDO LUGAR, SIN PERJUICIO DE QUE EL PROYECTO DISPONGA LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, ORDENANDO INCLUSO LA INTEGRACION EN AQUELLOS CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS QUE ANTES VENIAN 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 GESTION DE LAS AREAS DE SALUD, QUE SE CONCRETA EN LA INCORPORACION DE REPRESENTANTES DE LAS MISMAS EN LOS PRINCIPALES ORGANOS COLEGIADOS DEL AREA.

DEBE AÑADIRSE, EN FIN, QUE LA INTEGRACION DE SERVICIOS QUE LA LEY POSTULA, AL CONSUMARSE PRECISAMENTE Y DE MODO PRINCIPAL EN EL NIVEL CONSTITUIDO POR LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, PUEDE PRODUCIRSE SIN NINGUNA ESTRIDENCIA Y SUPERANDO DIFICULTADES QUE, SIN DUDA, SE OPONDRIAN AL MISMO ESFUERZO SI EL EFECTO INTEGRADOR SE INTENTARA CUMPLIR EN EL SENO DE LA ADMINISTRACION ESTATAL. EN EFECTO, MUCHOS SERVICIOS CON RESPONSABILIDADES SANITARIAS QUE OPERAN DE FORMA NO INTEGRADA EN LA ACTUALIDAD EN EL SENO DE LA ADMINISTRACION ESTATAL HAN SIDO YA TRANSFERIDOS, O HABRAN DE SERLO EN EL FUTURO, A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS. SE PRODUCE ASI UNA OCASION HISTORICA INMEJORABLE PARA SUPERAR LAS ANTERIORES DEFICIENCIAS ORGANIZATIVAS, INTEGRANDO TODOS LOS SERVICIOS EN UNA ORGANIZACION UNICA. LA LEY TOMA BUENA NOTA DE ESA OPORTUNIDAD E IMPONE LOS CRITERIOS ORGANIZATIVOS BASICOS DE QUE SE HA HECHO MENCION, EVITANDO QUE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS REPRODUZCAN UN MODELO QUE YA SE HA PROBADO INCONVENIENTE, O QUE AUN INTRODUZCA UNA MAYOR COMPLEJIDAD, POR LA VIA DE LA ESPECIALIDAD, EN EL SISTEMA RECIBIDO.

LA APLICACION DE LA REFORMA QUE LA LEY ESTABLECE TIENE, POR FUERZA, QUE SER PAULATINA, ARMONIZARSE CON LA SUCESIVA ASUNCION DE RESPONSABILIDADES POR LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, Y ADECUARSE A LAS DISPONIBILIDADES PRESUPUESTARIAS EN LO QUE CONCIERNE AL OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA A TODOS LOS CIUDADANOS. ELLO EXPLICA LA EXTENSION Y EL PORMENOR CON QUE SE HAN CONCEBIDO LAS DISPOSICIONES TRANSITORIAS.

ESA EXTENSION NO ES MENOR EN EL CASO DE LAS DISPOSICIONES FINALES, AUNQUE POR UNA RAZON DIFERENTE. EN EFECTO, EN ESAS DISPOSICIONES SE CONTIENEN DIVERSOS MANDATOS AL GOBIERNO PARA QUE DESARROLLE LAS PREVISIONES DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD Y AUTORIZACIONES AL MISMO PARA QUE REFUNDA BUENA PARTE DE LA MUY DISPERSA Y ABUNDANTE LEGISLACION SANITARIA VIGENTE. DE ESTA MANERA, EL NUEVO SISTEMA SANITARIO COMENZARA SU ANDADURA CON UNA LEGISLACION RENOVADA Y PUESTA AL DIA, DONDE DEBERAN APARECER DEBIDAMENTE ESPECIFICADOS LOS CONTENIDOS MAS RELEVANTES DE LA REGULACION DEL SECTOR SALUD.

TITULO PRELIMINAR DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD CAPITULO UNICO ARTICULO UNO 1. LA PRESENTE LEY TIENE POR OBJETO LA REGULACION GENERAL DE TODAS LAS ACCIONES QUE PERMITAN HACER EFECTIVO EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD RECONOCIDO EN EL ARTICULO 43 Y CONCORDANTES DE LA CONSTITUCION. 2. SON TITULARES DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD Y A LA

ATENCION SANITARIA TODOS LOS ESPAÑOLES Y LOS CIUDADANOS EXTRANJEROS QUE TENGAN ESTABLECIDA SU RESIDENCIA EN EL TERRITORIO NACIONAL.

3. LOS EXTRANJEROS NO RESIDENTES EN ESPAÑA, ASI COMO LOS ESPAÑOLES FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL, TENDRAN GARANTIZADO TAL DERECHO EN LA FORMA QUE LAS LEYES Y CONVENIOS INTERNACIONALES ESTABLEZCAN.

4. PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS QUE ESTA LEY ESTABLECE ESTAN LEGITIMADOS, TANTO EN LA VIA ADMINISTRATIVA COMO JURISDICCIONAL, LAS PERSONAS A QUE SE REFIERE EL APARTADO 2 DE ESTE ARTICULO.

ARTICULO DOS 1. ESTA LEY TENDRA LA CONDICION DE NORMA BASICA EN EL SENTIDO PREVISTO EN EL ARTICULO 149.1.16 DE LA CONSTITUCION Y SERA DE APLICACION A TODO EL TERRITORIO DEL ESTADO, EXCEPTO LOS ARTICULOS 31, APARTADO 1, LETRAS B) Y C), Y 57 A 69, QUE CONSTITUIRAN DERECHO SUPLETORIO EN AQUELLAS COMUNIDADES AUTONOMAS QUE HAYAN DICTADO NORMAS APLICABLES A LA MATERIA QUE EN DICHOS PRECEPTOS SE REGULA.

2. LAS COMUNIDADES AUTONOMAS PODRAN DICTAR NORMAS DE DESARROLLO Y COMPLEMENTARIAS DE LA PRESENTE LEY EN EL EJERCICIO DE LAS COMPETENCIAS QUE LES ATRIBUYEN LOS CORRESPONDIENTES ESTATUTOS DE AUTONOMIA.

TITULO PRIMERO DEL SISTEMA DE SALUD CAPITULO PRIMERO DE LOS PRINCIPIOS GENERALES ARTICULO TRES 1. LOS MEDIOS Y ACTUACIONES DEL SISTEMA SANITARIO ESTARAN ORIENTADOS PRIORITARIAMENTE A LA PROMOCION DE LA SALUD Y A LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES.

2. LA ASISTENCIA SANITARIA PUBLICA SE EXTENDERA A TODA LA POBLACION ESPAÑOLA. EL ACCESO Y LAS PRESTACIONES SANITARIAS SE REALIZARAN EN CONDICIONES DE IGUALDAD EFECTIVA.

3. LA POLITICA DE SALUD ESTARA ORIENTADA A LA SUPERACION DE LOS ESEQUILIBRIOS TERRITORIALES Y SOCIALES.

ARTICULO CUATRO 1. TANTO EL ESTADO COMO LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y LAS DEMAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS COMPETENTES, ORGANIZARAN Y DESARROLLARAN TODAS LAS ACCIONES SANITARIAS A QUE SE REFIERE ESTE TITULO DENTRO DE UNA CONCEPCION INTEGRAL DEL SISTEMA SANITARIO.

2. LAS COMUNIDADES AUTONOMAS CREARAN SUS SERVICIOS DE SALUD DENTRO DEL MARCO DE ESTA LEY Y DE SUS RESPECTIVOS ESTATUTOS DE AUTONOMIA.

ARTICULO CINCO 1. LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD SE ORGANIZARAN DE MANERA QUE SEA POSIBLE ARTICULAR LA PARTICIPACION COMUNITARIA A TRAVES DE LAS CORPORACIONES TERRITORIALES CORRESPONDIENTES EN LA FORMULACION DE LA POLITICA SANITARIA Y EN EL CONTROL DE SU EJECUCION.

2. A LOS EFECTOS DE DICHA PARTICIPACION SE ENTENDERAN COMPRENDIDAS LAS ORGANIZACIONES EMPRESARIALES Y SINDICALES. LA REPRESENTACION DE CADA UNA DE ESTAS ORGANIZACIONES SE FIJARA ATENDIENDO A CRITERIOS DE PROPORCIONALIDAD, SEGUN LO DISPUESTO EN EL TITULO III DE LA LEY ORGANICA DE LIBERTAD SINDICAL.

ARTICULO SEIS LAS ACTUACIONES DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS SANITARIAS ESTARAN ORIENTADAS: 1. A LA PROMOCION DE LA SALUD.

2. A PROMOVER EL INTERES INDIVIDUAL, FAMILAR Y SOCIAL POR LA SALUD MEDIANTE LA ADECUADA EDUCACION SANITARIA DE LA POBLACION.

3. A GARANTIZAR QUE CUANTAS ACCIONES SANITARIAS SE DESARROLLEN ESTEN DIRIGIDAS A LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES Y NO SOLO A LA CURACION DE LAS MISMAS.

4. A GARANTIZAR LA ASISTENCIA SANITARIA EN TODOS LOS CASOS DE PERDIDA DE LA SALUD.

5. A PROMOVER LAS ACCIONES NECESARIAS PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL Y REINSERCION SOCIAL DEL PACIENTE.

ARTICULO SIETE LOS SERVICIOS SANITARIOS, ASI COMO LOS ADMINISTRATIVOS, ECONOMICOS Y CUALESQUIERA OTROS QUE SEAN PRECISOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD, ADECUARAN SU ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO A LOS PRINCIPIOS DE EFICACIA, CELERIDAD, ECONOMIA Y FLEXIBILIDAD.

ARTICULO OCHO 1. SE CONSIDERA COMO ACTIVIDAD FUNDAMENTAL DEL SISTEMA SANITARIO LA REALIZACION DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS NECESARIOS PARA ORIENTAR CON MAYOR EFICACIA LA PREVENCION DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD, ASI COMO LA PLANIFICACION Y EVALUACION SANITARIA, DEBIENDO TENER COMO BASE UN SISTEMA ORGANIZADO DE INFORMACION SANITARIA, VIGILANCIA Y ACCION EPIDEMIOLOGICA.

2. ASIMISMO, SE CONSIDERA ACTIVIDAD BASICA DEL SISTEMA SANITARIO LA QUE PUEDA INCIDIR SOBRE EL AMBITO PROPIO DE LA VETERINARIA DE SALUD PUBLICA EN RELACION CON EL CONTROL DE HIGIENE, LA TECNOLOGIA Y LA INVESTIGACION ALIMENTARIAS, ASI COMO LA PREVENCION Y LUCHA CONTRA LA ZOONOSIS Y LAS TECNICAS NECESARIAS PARA LA EVITACION DE RIESGOS EN EL HOMBRE DEBIDOS A LA VIDA ANIMAL O A SUS ENFERMEDADES.

ARTICULO NUEVE LOS PODERES PUBLICOS DEBERAN INFORMAR A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO, O VINCULADOS A EL, DE SUS DERECHOS Y DEBERES.

ARTICULO DIEZ TODOS TIENEN LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS SANITARIAS:

1. AL RESPETO A SU PERSONALIDAD, DIGNIDAD HUMANA E INTIMIDAD, SIN QUE PUEDA SER DISCRIMINADO POR RAZONES DE RAZA, DE TIPO SOCIAL, DE SEXO, MORAL, ECONOMICO, IDEOLOGICO, POLITICO O SINDICAL.

2. A LA INFORMACION SOBRE LOS SERVICIOS SANITARIOS A QUE PUEDE ACCEDER Y SOBRE LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SU USO.

3. A LA CONFIDENCIALIDAD DE TODA LA INFORMACION RELACIONADA CON SU PROCESO Y CON SU ESTANCIA EN INSTITUCIONES SANITARIAS PUBLICAS Y PRIVADAS QUE COLABOREN CON EL SISTEMA PUBLICO.

4. A SER ADVERTIDO DE SI LOS PROCEDIMIENTOS DE PRONOSTICO, DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICOS QUE SE LE APLIQUEN PUEDEN SER UTILIZADOS EN FUNCION DE UN PROYECTO DOCENTE O DE INVESTIGACION, QUE, EN NINGUN CASO, PODRA COMPORTAR PELIGRO ADICIONAL PARA SU SALUD. EN TODO CASO SERA IMPRESCINDIBLE LA PREVIA AUTORIZACION, Y POR ESCRITO, DEL PACIENTE Y LA ACEPTACION POR PARTE DEL MEDICO Y DE LA DIRECCION DEL CORRESPONDIENTE CENTRO SANITARIO.

5. A QUE SE LE DE EN TERMINOS COMPRENSIBLES, A EL Y A SUS FAMILIARES O ALLEGADOS, INFORMACION COMPLETA Y CONTINUADA, VERBAL Y ESCRITA, SOBRE SU PROCESO, INCLUYENDO DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.

6. A LA LIBRE ELECCION ENTRE LAS OPCIONES QUE LE PRESENTE EL RESPONSABLE MEDICO DE SU CASO, SIENDO PRECISO EL PREVIO CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL USUARIO PARA LA REALIZACION DE CUALQUIER INTERVENCION, EXCEPTO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

A) CUANDO LA NO INTERVENCION SUPONGA UN RIESGO PARA LA SALUD PUBLICA.

B) CUANDO NO ESTE CAPACITADO PARA TOMAR DECISIONES; EN CUYO CASO, EL DERECHO CORRESPONDERA A SUS FAMILIARES O PERSONAS A EL ALLEGADAS.

C) CUANDO LA URGENCIA NO PERMITA DEMORAS POR PODERSE OCASIONAR LESIONES IRREVERSIBLES O EXISTIR PELIGRO DE FALLECIMIENTO.

7. A QUE SE LE ASIGNE UN MEDICO, CUYO NOMBRE SE LE DARA A CONOCER, QUE SERA SU INTERLOCUTOR PRINCIPAL CON EL EQUIPO ASISTENCIAL. EN CASO DE AUSENCIA, OTRO FACULTATIVO DEL EQUIPO ASUMIRA TAL RESPONSABILIDAD.

8. A QUE SE LE EXTIENDA CERTIFICADO ACREDITATIVO DE SU ESTADO DE SALUD, CUANDO SU EXIGENCIA SE ESTABLEZCA POR UNA DISPOSICION LEGAL O REGLAMENTARIA.

NEGARSE AL TRATAMIENTO, EXCEPTO EN LOS CASOS SEÑALADOS EN EL APARTADO 6; DEBIENDO, PARA ELLO, SOLICITAR EL ALTA VOLUNTARIA, EN LOS TERMINOS QUE SEÑALA EL APARTADO 4 DEL ARTICULO SIGUIENTE.

10. A PARTICIPAR, A TRAVES DE LAS INSTITUCIONES COMUNITARIAS, EN LAS ACTIVIDADES SANITARIAS, EN LOS TERMINOS 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 INSTITUCION

HOSPITALARIA, EL PACIENTE, FAMILIAR O PERSONA A EL ALLEGADA RECIBIRA SU INFORME DE ALTA.

12. A UTILIZAR LAS VIAS DE RECLAMACION Y DE PROPUESTA DE SUGERENCIAS EN LOS PLAZOS PREVISTOS. EN UNO U OTRO CASO DEBERA RECIBIR RESPUESTA POR ESCRITO EN LOS PLAZOS QUE REGLAMENTARIAMENTE SE ESTABLEZCAN.

13. A ELEGIR EL MEDICO Y LOS DEMAS 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 4. A OBTENER LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS PARA PROMOVER, CONSERVAR O RESTABLECER SU SALUD, EN LOS TERMINOS QUE REGLAMENTARIAMENTE SE ESTABLEZCAN POR LA ADMINISTRACION DEL ESTADO.

15. RESPETANDO EL PECULIAR REGIMEN ECONOMICO DE CADA SERVICIO SANITARIO, LOS DERECHOS CONTEMPLADOS EN LOS APARTADOS 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 Y 11 DE ESTE ARTICULO SERAN EJERCIDOS TAMBIEN CON RESPECTO A LOS SERVICIOS SANITARIOS PRIVADOS.

ARTICULO DIEZ SERAN OBLIGACIONES DE LOS CIUDADANOS CON LAS INSTITUCIONES Y ORGANISMOS DEL SISTEMA SANITARIO:

1. CUMPLIR LAS PRESCRIPCIONES GENERALES DE NATURALEZA SANITARIA COMUNES A TODA LA POBLACION, ASI COMO LAS ESPECIFICAS DETERMINADAS POR LOS SERVICIOS SANITARIOS.

2. CUIDAR LAS INSTALACIONES Y COLABORAR EN EL MANTENIMIENTO DE LA HABITABILIDAD DE LAS INSTITUCIONERS SANITARIAS.

3. RESPONSABILIZARSE DEL USO ADECUADO DE LAS PRESTACIONES OFRECIDAS POR EL SISTEMA SANITARIO, FUNDAMENTALMENTE EN LO QUE SE REFIERE A LA UTILIZACION DE SERVICIOS, PROCEDIMIENTOS DE BAJA LABORAL O INCAPACIDAD PERMANENTE Y PRESTACIONES TERAPEUTICAS Y SOCIALES.

4. FIRMAR EL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA EN LOS CASOS DE NO ACEPTACION DEL TRATAMIENTO. DE NEGARSE A ELLO, LA DIRECCION DEL CORRESPONDIENTE CENTRO SANITARIO, A PROPUESTA DEL FACULTATIVO ENCARGADO DEL CASO, PODRA DAR EL ALTA.

ARTICULO DOCE LOS PODERES PUBLICOS ORIENTARAN SUS POLITICAS DE GASTO SANITARIO EN ORDEN A CORREGIR DESIGUALDADES SANITARIAS Y GARANTIZAR LA IGUALDAD DE ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS PUBLICOS EN TODO EL TERRITORIO ESPAÑOL, SEGUN LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 9.2 Y 158.1 DE LA CONSTITUCION.

ARTICULO TRECE EL GOBIERNO APROBARA LAS NORMAS PRECISAS PARA EVITAR EL INTRUSISMO PROFESIONAL Y LA MALA PRACTICA.

ARTICULO CATORCE LOS PODERES PUBLICOS PROCEDERAN, MEDIANTE EL CORRESPONDIENTE DESARROLLO NORMATIVO, A LA APLICACION DE LA FACULTAD DE ELECCION DE MEDICO EN LA ATENCION PRIMARIA DEL AREA DE SALUD. EN LOS NUCLEOS DE POBLACION DE MAS DE 250.000 HABITANTES SE PODRA ELEGIR EN EL CONJUNTO DE LA CIUDAD.

ARTICULO QUINCE 1. UNA VEZ SUPERADAS LAS POSIBILIDADES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA, LOS USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD TIENEN DERECHO, EN EL MARCO DE SU AREA DE SALUD, A SER ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS HOSPITALARIOS.

2. EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ACREDITARA SERVICIOS DE REFERENCIA, A LOS QUE PODRAN ACCEDER TODOS LOS USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD UNA VEZ SUPERADAS LAS POSIBILIDADES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DONDE RESIDAN.

ARTICULO DIECISEIS LAS NORMAS DE UTILIZACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS SERAN IGUALES PARA TODOS, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CONDICION EN QUE SE ACCEDA A LOS MISMOS. EN CONSECUENCIA, LOS USUARIOS SIN DERECHO A LA ASISTENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ASI COMO LOS PREVISTOS EN EL ARTICULO 80, PODRAN ACCEDER A LOS SERVICIOS SANITARIOS CON LA CONSIDERACION DE PACIENTES PRIVADOS, DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS: 1. POR LO QUE SE REFIERE A LA ATENCION PRIMARIA, SE LES APLICARAN LAS MISMAS NORMAS SOBRE ASIGNACION DE EQUIPOS Y LIBRE ELECCION QUE AL RESTO DE LOS USUARIOS.

2. EL INGRESO EN CENTROS HOSPITALARIOS SE EFECTUARA A TRAVES DE LA UNIDAD DE ADMISION DEL HOSPITAL, POR MEDIO DE UNA LISTA DE ESPERA UNICA, POR LO QUE NO EXISTIRA UN SISTEMA DE ACCESO Y HOSPITALIZACION DIFERENCIADO SEGUN LA CONDICION DEL PACIENTE.

3. LA FACTURACION POR LA ATENCION DE ESTOS PACIENTES SERA EFECTUADA POR LAS RESPECTIVAS ADMINISTRACIONES DE LOS CENTROS, TOMANDO BASE LOS COSTES EFECTIVOS. ESTOS INGRESOS TENDRAN LA CONDICION DE PROPIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD. EN NINGUN CASO ESTOS INGRESOS PODRAN REVERTIR DIRECTAMENTE EN AQUELLOS QUE INTERVIENEN EN LA ATENCION DE ESTOS PACIENTES.

ARTICULO DIECISIETE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS OBLIGADAS A ATENDER SANITARIAMENTE A LOS CIUDADANOS NO ABONARAN A ESTOS LOS GASTOS QUE PUEDAN OCASIONARSE POR LA UTILIZACION DE SERVICIOS SANITARIOS DISTINTOS DE AQUELLOS QUE LES CORRESPONDAN EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN ESTA LEY, EN LAS DISPOSICIONES QUE SE DICTEN PARA SU DESARROLLO Y EN LAS NORMAS QUE APRUEBEN LAS COMUNIDADES AUTONOMAS EN EL EJERCICIO DE SUS COMPETENCIAS.

CAPITULO II DE LAS ACTUACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA DE SALUD ARTICULO DIECIOCHO LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, A TRAVES DE SUS SERVICIOS DE SALUD Y DE LOS ORGANOS COMPETENTES EN CADA CASO, DESARROLLARAN LAS SIGUIENTES ACTUACIONES:

1. ADOPCION SISTEMATICA DE ACCIONES PARA LA EDUCACION SANITARIA COMO ELEMENTO PRIMORDIAL PARA LA MEJORA DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COMUNITARIA.

2. LA ATENCION PRIMARIA INTEGRAL DE LA SALUD, INCLUYENDO, ADEMAS DE LAS ACCIONES CURATIVAS Y REHABILITADORAS, LAS QUE TIENDAN A LA PROMOCION DE LA SALUD Y A LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD DEL INDIVIDUO Y DE LA COMUNIDAD.

3. LA ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA, QUE INCLUYE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA, LA HOSPITALIZACION Y LA REHABILITACION.

4. LA PRESTACION DE LOS PRODUCTOS TERAPEUTICOS PRECISOS.

5. LOS PROGRAMAS DE ATENCION A GRUPOS DE POBLACION DE MAYOR RIESGO Y PROGRAMAS ESPECIFICOS DE PROTECCION FRENTE A FACTORES DE RIESGO, ASI COMO LOS PROGRAMAS DE PREVENCION DE LAS DEFICIENCIAS, TANTO CONGENITAS COMO ADQUIRIDAS.

6. LA PROMOCION Y LA MEJORA DE LOS SISTEMAS DE SANEAMIENTO, ABASTECIMIENTO DE AGUAS, ELIMINACION Y TRATAMIENTO DE RESIDUOS LIQUIDOS Y SOLIDOS; LA PROMOCION Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE SANEAMIENTO Y CONTROL DEL AIRE, CON ESPECIAL ATENCION A LA CONTAMINACION ATMOSFERICA; LA VIGILANCIA SANITARIA Y ADECUACION A LA SALUD DEL MEDIO AMBIENTE EN TODOS LOS AMBITOS DE LA VIDA, INCLUYENDO LA VIVIENDA.

7. LOS PROGRAMAS DE ORIENTACION EN EL CAMPO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR Y LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES.

8. LA PROMOCION Y MEJORA DE LA SALUD MENTAL.

9. LA PROTECCION, PROMOCION Y MEJORA DE LA SALUD LABORAL.

10. EL CONTROL SANITARIO Y LA PREVENCION DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD DERIVADOS DE LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS, INCLUYENDO LA MEJORA DE SUS CUALIDADES NUTRITIVAS.

11. EL CONTROL SANITARIO DE LOS PRODUCTOS FARMACEUTICOS, OTROS PRODUCTOS Y ELEMENTOS DE UTILIZACION TERAPEUTICA, DIAGNOSTICA Y AUXILIAR Y DE AQUELLOS OTROS QUE, AFECTANDO AL ORGANISMO HUMANO, PUEDAN SUPONER UN RIESGO PARA LA SALUD DE LAS PERSONAS.

12. PROMOCION Y MEJORA DE LAS ACTIVIDADES DE VETERINARIA DE SALUD PUBLICA, SOBRE TODO EN LAS AREAS DE LA HIGIENE ALIMENTARIA, EN MATADEROS E INDUSTRIAS DE SU COMPETENCIA, Y EN LA ARMONIZACION FUNCIONAL QUE EXIGE LA PREVENCION Y LUCHA CONTRA LA ZOONOSIS.

13. LA DIFUSION DE LA INFORMACION EPIDEMIOLOGICA GENERAL Y ESPECIFICA PARA FOMENTAR EL CONOCIMIENTO DETALLADO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD.

14. LA MEJORA Y ADECUACION DE LAS NECESIDADES DE LA FORMACION DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LA ORGANIZACION SANITARIA.

15. EL FOMENTO DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA EN EL CAMPO ESPECIFICO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD.

16. EL CONTROL Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN TODOS SUS NIVELES.

ARTICULO DIECINUEVE 1. LOS PODERES PUBLICOS PRESTARAN ESPECIAL ATENCION A LA SANIDAD AMBIENTAL, QUE DEBERA TENER LA CORRESPONDIENTE CONSIDERACION EN LOS PROGRAMAS DE SALUD.

2. LAS AUTORIDADES SANITARIAS PROPONDRAN O PARTICIPARAN CON OTROS DEPARTAMENTOS EN LA ELABORACION Y EJECUCION DE LA LEGISLACION SOBRE:

A) CALIDAD DEL AIRE.
B) AGUAS.
C) ALIMENTOS E INDUSTRIAS ALIMENTARIAS.
D) RESIDUOS ORGANICOS SOLIDOS Y LIQUIDOS.
E) EL SUELO Y SUBSUELO.
F) LAS DISTINTAS FORMAS DE ENERGIA.
G) TRANSPORTE COLECTIVO.
H) SUSTANCIAS TOXICAS Y PELIGROSAS.
I) LA VIVIENDA Y EL URBANISMO.
J) EL MEDIO ESCOLAR Y DEPORTIVO.
K) EL MEDIO LABORAL.
L) LUGARES, LOCALES E INSTALACIONES DE ESPARCIMIENTO PUBLICO.
M) CUALQUIER OTRO ASPECTO DEL MEDIO AMBIENTE RELACIONADO CON LA SALUD.

CAPITULO III DE LA SALUD MENTAL ARTICULO VEINTE SOBRE LA BASE DE LA PLENA INTEGRACION DE LAS ACTUACIONES RELATIVAS A LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA SANITARIO GENERAL Y DE LA TOTAL EQUIPARACION DEL ENFERMO MENTAL A LAS DEMAS PERSONAS QUE REQUIERAN SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES, LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS COMPETENTES ADECUARAN SU ACTUACION A LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS:

1. LA ATENCION A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LA POBLACION SE REALIZARA EN EL AMBITO COMUNITARIO, POTENCIANDO LOS RECURSOS ASISTENCIALES A NIVEL AMBULATORIO Y LOS SISTEMAS DE HOSPITALIZACION PARCIAL Y ATENCION A DOMICILIO, QUE REDUZCAN AL MAXIMO POSIBLE LA NECESIDAD DE HOSPITALIZACION.

SE CONSIDERARAN DE MODO ESPECIAL AQUELLOS PROBLEMAS REFERENTES A LA PSIQUIATRIA INFANTIL Y PSICOGERIATRIA.

2. LA HOSPITALIZACION DE LOS PACIENTES POR PROCESOS QUE ASI LO REQUIERAN SE REALIZARA EN LAS UNIDADES PSIQUIATRICAS DE LOS HOSPITALES GENERALES.

3. SE DESARROLLARAN LOS SERVICIOS DE REHABILITACION Y REINSERCION SOCIAL NECESARIOS PARA UNA ADECUADA ATENCION INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS DEL ENFERMO MENTAL, BUSCANDO LA NECESARIA COORDINACION CON LOS SERVICIOS SOCIALES.

4. LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y DE ATENCION PSIQUIATRICA DEL SISTEMA SANITARIO GENERAL CUBRIRAN, ASIMISMO, EN COORDINACION CON LOS SERVICIOS SOCIALES, LOS ASPECTOS DE PREVENCION PRIMARIA Y LA ATENCION A LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE ACOMPAA LA PERDIDA DE SALUD EN GENERAL.

CAPITULO IV DE LA SALUD LABORAL ARTICULO VEINTIUNO 1. LA ACTUACION SANITARIA EN EL AMBITO DE LA SALUD LABORAL COMPRENDERA LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

A) PROMOVER CON CARACTER GENERAL LA SALUD INTEGRAL DEL TRABAJADOR.

B) ACTUAR EN LOS ASPECTOS SANITARIOS DE LA PREVENCION DE LOS RIESGOS PROFESIONALES.

C) ASIMISMO SE VIGILARAN LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y AMBIENTALES QUE PUEDAN RESULTAR NOCIVAS O INSALUBRES DURANTE LOS PERIODOS DE EMBARAZO Y LACTANCIA DE LA MUJER TRABAJADORA, ACOMODANDO SU ACTIVIDAD LABORAL, SI FUESE NECESARIO, A UN TRABAJO COMPATIBLE DURANTE LOS PERIODOS REFERIDOS.

D) DETERMINAR Y PREVENIR LOS FACTORES DE MICROCLIMA LABORAL EN CUANTO PUEDAN SER CAUSANTES DE EFECTOS NOCIVOS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.

E) VIGILAR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES PARA DETECTAR PRECOZMENTE E INDIVIDUALIZAR LOS FACTORES DE RIESGO Y DETERIORO QUE PUEDAN AFECTAR A LA SALUD DE LOS MISMOS.

F) ELABORAR JUNTO CON LAS AUTORIDADES LABORALES COMPETENTES UN MAPA DE RIESGOS LABORALES PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES. A ESTOS EFECTOS, LAS EMPRESAS TIENEN OBLIGACION DE COMUNICAR A LAS AUTORIDADES SANITARIAS PERTINENTES LAS SUSTANCIAS UTILIZADAS EN EL CICLO PRODUCTIVO. ASIMISMO, SE ESTABLECE UN SISTEMA DE INFORMACION SANITARIA QUE PERMITA EL CONTROL EPIDEMIOLOGICO Y EL REGISTRO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR PATOLOGIA PROFESIONAL.

G) PROMOVER LA INFORMACION, FORMACION Y PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES Y EMPRESARIOS EN CUANTO A LOS PLANES, PROGRAMAS Y ACTUACIONES SANITARIAS EN EL CAMPO DE LA SALUD LABORAL.

2. LAS ACCIONES ENUMERADAS EN EL APARTADO ANTERIOR SE DESARROLLARAN DESDE LAS AREAS DE SALUD A QUE ALUDE EL CAPITULO III DEL TITULO III DE LA PRESENTE LEY.
3. EL EJERCICIO DE LAS COMPETENCIAS ENUMERADAS EN ESTE ARTICULO SE LLEVARA A CABO BAJO LA DIRECCION DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS, QUE ACTUARAN EN ESTRECHA COORDINACION CON LAS AUTORIDADES LABORALES Y CON LOS ORGANOS DE PARTICIPACION, INSPECCION Y CONTROL DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y SEGURIDAD E HIGIENE EN LAS EMPRESAS.

ARTICULO VEINTIDOS LOS EMPRESARIOS Y TRABAJADORES A TRAVES DE SUS ORGANIZACIONES REPRESENTATIVAS PARTICIPARAN EN LA PLANIFICACION, PROGRAMACION, ORGANIZACION Y CONTROL DE LA GESTION RELACIONADA CON LA SALUD LABORAL, EN LOS DISTINTOS NIVELES TERRITORIALES.

CAPITULO V DE LA INTERVENCION PUBLICA EN RELACION CON LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA ARTICULO VEINTITRES PARA LA CONSECUCION DE LOS OBJETIVOS QUE SE DESARROLLAN EN EL PRESENTE CAPITULO,

LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS, DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS, CREARAN LOS REGISTROS Y ELABORARAN LOS ANALISIS DE INFORMACION NECESARIOS PARA EL CONOCIMIENTO DE LAS DISTINTAS SITUACIONES DE LAS QUE PUEDAN DERIVARSE ACCIONES DE INTERVENCION DE LA AUTORIDAD SANITARIA.

ARTICULO VEINTICUATRO LAS ACTIVIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS QUE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, PUEDAN TENER CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA LA SALUD, SERAN SOMETIDAS POR LOS ORGANOS COMPETENTES A LIMITACIONES PREVENTIVAS DE CARACTER ADMINISTRATIVO, DE ACUERDO CON LA NORMATIVA BASICA DEL ESTADO.

ARTICULO VEINTICINCO 1. LA EXIGENCIA DE AUTORIZACIONES SANITARIAS, ASI COMO LA OBLIGACION DE SOMETER A REGISTRO POR RAZONES SANITARIAS A LAS EMPRESAS O PRODUCTOS, SERAN ESTABLECIDAS REGLAMENTARIAMENTE, TOMANDO COMO BASE LO DISPUESTO EN LA PRESENTE LEY.

2. DEBERAN ESTABLECERSE, ASIMISMO, PROHIBICIONES Y REQUISITOS MINIMOS PARA EL USO Y TRAFICO DE LOS BIENES, CUANDO SUPONGAN UN RIESGO O DAÑO PARA LA SALUD.

3. CUANDO LA ACTIVIDAD DESARROLLADA TENGA UNA REPERCUSION EXCEPCIONAL Y NEGATIVA EN LA SALUD DE LOS CIUDADANOS, LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, A TRAVES DE SUS ORGANOS COMPETENTES PODRAN DECRETAR LA INTERVENCION ADMINISTRATIVA PERTINENTE, CON EL OBJETO DE ELIMINAR AQUELLA. LA INTERVENCION SANITARIA NO TENDRA MAS OBJETIVO QUE LA ELIMINACION DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD COLECTIVA Y CESARA TAN PRONTO COMO AQUELLOS QUEDEN EXCLUIDOS.

ARTICULO VEINTISEIS 1. EN CASO DE QUE EXISTA O SE SOSPECHE RAZONABLEMENTE LA EXISTENCIA DE UN RIESGO INMINENTE Y EXTRAORDINARIO PARA LA SALUD, LAS AUTORIDADES SANITARIAS ADOPTARAN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS QUE ESTIMEN PERTINENTES, TALES COMO LA INCAUTACION O INMOVILIZACION DE PRODUCTOS, SUSPENSION DEL EJERCICIO DE ACTIVIDADES, CIERRES DE EMPRESAS O SUS INSTALACIONES, INTERVENCION DE MEDIOS MATERIALES Y PERSONALES Y CUANTAS OTRAS SE CONSIDEREN SANITARIAMENTE JUSTIFICADAS.

2. LA DURACION DE LAS MEDIDAS A QUE SE REFIERE EL APARTADO ANTERIOR, QUE SE FIJARAN PARA CADA CASO, SIN PERJUICIO DE LAS PRORROGAS SUCESIVAS ACORDADAS POR RESOLUCIONES MOTIVADAS, NO EXCEDERA DE LO QUE EXIJA LA SITUACION DE RIESGO INMINENTE Y EXTRAORDINARIO QUE LAS JUSTIFICO.

ARTICULO VEINTISIETE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, EN EL AMBITO DE SUS COMPETENCIAS, REALIZARAN 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.

ARTICULO VEINTIOCHO TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTENIDAS EN EL PRESENTE CAPITULO DEBEN ATENDER A LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS:

A) PREFERENCIA DE LA COLABORACION VOLUNTARIA CON LAS AUTORIDADES SANITARIAS.

B) NO SE PODRAN ORDENAR MEDIDAS OBLIGATORIAS QUE CONLLEVEN RIESGO PARA LA VIDA.

C) LAS LIMITACIONES SANITARIAS DEBERAN SER PROPORCIONADAS A LOS FINES QUE EN CADA CASO SE PERSIGAN.

D) SE DEBERAN UTILIZAR LAS MEDIDAS QUE MENOS PERJUDIQUEN AL PRINCIPIO DE LIBRE CIRCULACION DE LAS PERSONAS Y DE LOS BIENES, LA LIBERTAD DE EMPRESA Y CUALESQUIERA OTROS DERECHOS AFECTADOS.

ARTICULO VEINTINUEVE 1. LOS CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS, CUALESQUIERA QUE SEA SU NIVEL Y CATEGORIA O TITULAR, PRECISARAN AUTORIZACION ADMINISTRATIVA PREVIA PARA SU INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO, ASI COMO PARA LAS MODIFICACIONES QUE RESPECTO DE SU ESTRUCTURA Y REGIMEN INICIAL PUEDAN ESTABLECERSE.

2. LA PREVIA AUTORIZACION ADMINISTRATIVA SE REFERIRA TAMBIEN A LAS OPERACIONES DE CALIFICACION, ACREDITACION Y REGISTRO DEL ESTABLECIMIENTO. LAS BASES GENERALES SOBRE CALIFICACION, REGISTRO Y AUTORIZACION SERAN ESTABLECIDAS POR REAL DECRETO.

3. CUANDO LA DEFENSA DE LA SALUD DE LA POBLACION LO REQUIERA, LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS COMPETENTES PODRAN ESTABLECER REGIMENES TEMPORALES Y EXCEPCIONALES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.

ARTICULO TREINTA 1. TODOS LOS CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS, ASI COMO LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PUBLICIDAD, ESTARAN SOMETIDOS A LA INSPECCION Y CONTROL POR LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS COMPETENTES.

2. LOS CENTROS A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 66 DE LA PRESENTE LEY ESTARAN, ADEMAS, SOMETIDOS A LA EVALUACION DE SUS ACTIVIDADES Y FUNCIONAMIENTO, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 67, 88 Y 89. EN TODO CASO LAS CONDICIONES QUE SE ESTABLEZCAN SERAN ANALOGAS A LAS FIJADAS PARA LOS CENTROS PUBLICOS.

ARTICULO TREINTA Y UNO 1. EL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS QUE DESARROLLE LAS FUNCIONES DE INSPECCION, CUANDO EJERZA TALES FUNCIONES Y ACREDITANDO SI ES PRECISO SU IDENTIDAD, ESTARA AUTORIZADO PARA:

A) ENTRAR LIBREMENTE Y SIN PREVIA NOTIFICACION, EN CUALQUIER MOMENTO, EN TODO CENTRO O ESTABLECIMIENTO SUJETO A ESTA LEY, B) PROCEDER A LAS PRUEBAS, INVESTIGACIONES O EXAMENES NECESARIOS PARA COMPROBAR EL CUMPLIMIENTO DE ESTA LEY Y DE LAS NORMAS QUE SE DICTEN PARA SU DESDARROLLO, C) TOMAR O SACAR MUESTRAS, EN

ORDEN A LA COMPROBACION 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 INSPECCION QUE DESARROLLEN.

2. COMO CONSECUENCIA DE LAS ACTUACIONES DE INSPECCION Y CONTROL, LAS AUTORIDADES SANITARIAS COMPETENTES PODRAN ORDENAR LA SUSPENSION PROVISIONAL, PROHIBICION DE LAS ACTIVIDADES Y CLAUSURA DEFINITIVA DE LOS CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS, POR REQUERIRLO LA SALUD COLECTIVA O POR INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA SU INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO.

CAPITULO VI DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES ARTICULO TREINTA Y DOS
1. LAS INFRACCIONES EN MATERIA DE SANIDAD SERAN OBJETO DE LAS SANCIONES ADMINISTRATIVAS CORRESPONDIENTES, PREVIA INSTRUCCION DEL OPORTUNO EXPEDIENTE, SIN PERJUICIO DE LAS RESPONSABILIDADES CIVILES, PENALES O DE OTRO ORDEN QUE PUEDAN CONCURRIR.

2. EN LOS SUPUESTOS EN QUE LAS INFRACCIONES PUDIERAN SER CONSTITUTIVAS DE DELITO, LA ADMINISTRACION PASARA EL TANTO DE CULPA A LA JURISDICCION COMPETENTE Y SE ABSTENDRA DE SEGUIR EL PROCEDIMIENTO SANCIONADOR MIENTRAS LA AUTORIDAD JUDICIAL NO DICTE SENTENCIA FIRME.

DE NO HABERSE ESTIMADO LA EXISTENCIA DE DELITO, LA ADMINISTRACION CONTINUARA EL EXPEDIENTE SANCIONADOR TOMANDO COMO BASE LOS HECHOS QUE LOS TRIBUNALES HAYAN CONSIDERADO PROBADOS.

LAS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS QUE HUBIERAN SIDO ADOPTADAS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y SEGURIDAD DE LAS PERSONAS SE MANTENDRAN EN TANTO LA AUTORIDAD JUDICIAL SE PRONUNCIE SOBRE LAS MISMAS.

ARTICULO TREINTA Y TRES EN NINGUN CASO SE IMPONDRA UNA DOBLE SANCION POR LOS MISMOS HECHOS Y EN FUNCION DE LOS MISMOS INTERESES PUBLICOS PROTEGIDOS, SI BIEN DEBERAN EXIGIRSE LAS DEMAS RESPONSABILIDADES QUE SE DEDUZCAN DE OTROS HECHOS O INFRACCIONES CONCURRENTES.

ARTICULO TREINTA Y CUATRO LAS INFRACCIONES SE CALIFICAN COMO LEVES, GRAVES Y MUY GRAVES, ATENDIENDO A LOS CRITERIOS DE RIESGO PARA LA SALUD, CUANTIA DEL EVENTUAL BENEFICIO OBTENIDO, GRADO DE INTENCIONALIDAD, GRAVEDAD DE LA ALTERACION SANITARIA Y SOCIAL PRODUCIDA, GENERALIZACION DE LA INFRACCION Y REINCIDENCIA. ARTICULO TREINTA Y CINCO SE TIPIFICAN COMO INFRACCIONES SANITARIAS LAS SIGUIENTES:

A) INFRACCIONES LEVES.
1.

LAS SIMPLES IRREGULARIDADES EN LA OBSERVACION DE LA NORMATIVA SANITARIA VIGENTE, SIN TRASCENDENCIA DIRECTA PARA LA SALUD PUBLICA.

2.

LAS COMETIDAS POR SIMPLE NEGLIGENCIA, SIEMPRE QUE LA ALTERACION O RIESGO SANITARIOS PRODUCIDOS FUEREN DE ESCASA ENTIDAD.

3.
LAS QUE, EN RAZON DE LOS CRITERIOS CONTEMPLADOS EN ESTE ARTICULO, MEREZCAN LA CALIFICACION DE LEVES O NO PROCEDA SU CALIFICACION COMO TAS GRAVES O MUY GRAVES.

B) INFRACCIONES GRAVES.
1.

LAS QUE RECIBAN EXPRESAMENTE DICHA CALIFICACION EN LA NORMATIVA ESPECIAL APLICABLE EN CADA CASO.

2.
LAS QUE SE PRODUZCAN POR FALTA DE CONTROLES Y PRECAUCIONES EXIGIBLES EN LA ACTIVIDAD, SERVICIO O INSTALACION DE QUE SE TRATE.

3.
LAS QUE SEAN CONCURRENTES CON OTRAS INFRACCIONES SANITARIAS LEVES, O HAYAN SERVIDO PARA FACILITARLAS O ENCUBRIRLAS.

4.
EL INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS ESPECIFICOS QUE FORMULEN LAS AUTORIDADES SANITARIAS, SIEMPRE QUE SE PRODUZCAN POR PRIMERA VEZ.

5.
LA RESISTENCIA A SUMINISTRAR DATOS, FACILITAR INFORMACION O PRESTAR COLABORACION A LAS AUTORIDADES SANITARIAS O A SUS AGENTES.

6.
LAS QUE, EN RAZON DE LOS ELEMENTOS CONTEMPLADOS EN ESTE ARTICULO, MEREZCAN LA CALIFICACION DE GRAVES O NO PROCEDA SU CALIFICACION COMO FALTAS LEVES O MUY GRAVES.

7.
LA REINCIDENCIA EN LA COMISION DE INFRACCIONES LEVES, EN LOS ULTIMOS TRES MESES.

C) INFRACCIONES MUY GRAVES.

1.
LAS QUE RECIBAN EXPRESAMENTE DICHA CALIFICACION EN LA NORMATIVA ESPECIAL APLICABLE EN CADA CASO.

2.
LAS QUE SE REALICEN DE FORMA CONSCIENTE Y DELIBERADA, SIEMPRE QUE SE PRODUZCA UN DAÑO GRAVE.

3.
LAS QUE SEAN CONCURRENTES CON OTRAS INFRACCIONES SANITARIAS GRAVES, O HAYAN SERVIDO PARA FACILITAR O ENCUBRIR SU COMISION.

4.
EL INCUMPLIMIENTO REITERADO DE LOS REQUERIMIENTOS ESPECIFICOS QUE FORMULEN LAS AUTORIDADES SANITARIAS.

5.
LA NEGATIVA ABSOLUTA A FACILITAR INFORMACION O PRESTAR COLABORACION A LOS SERVICIOS DE CONTROL E INSPECCION.

6.
LA RESISTENCIA, COACCION, AMENAZA, REPRESALIA, DESACATO O CUALQUIER OTRA FORMA DE PRESION EJERCIDA SOBRE LAS AUTORIDADES SANITARIAS O SUS AGENTES.

7.
LAS QUE, EN RAZON DE LOS ELEMENTOS CONTEMPLADOS EN ESTE ARTICULO Y DE SU GRADO DE CONCURRENCIA, MEREZCAN LA CALIFICACION DE MUY GRAVES O NO PROCEDA SU CALIFICACION COMO FALTAS LEVES O GRAVES.

8.
LA REINCIDENCIA EN LA COMISION DE FALTAS GRAVES EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS.

ARTICULO TREINTA Y SEIS 1. LAS INFRACCIONES EN MATERIA SANIDAD SERAN SANCIONADAS CON MULTAS DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE GRADUACION:

A) INFRACCIONES LEVES, HASTA 500.000 PESETAS.

B) INFRACCIONES GRAVES, DESDE 500.001 A 2.500.000 PESETAS, PUDIENDO REBASAR DICHA CANTIDAD HASTA ALCANZAR EL QUINTUPLO DEL VALOR DE LOS PRODUCTOS O SERVICIOS OBJETO DE LA INFRACCION.

C) INFRACCIONES MUY GRAVES, DESDE 2.500.001 A 100.000.000 DE PESETAS, PUDIENDO REBASAR DICHA CANTIDAD HASTA ALCANZAR EL QUINTUPLO DEL VALOR DE LOS PRODUCTOS O SERVICIOS OBJETO DE LA INFRACCION.

2. ADEMAS, EN LOS SUPUESTOS DE INFRACCIONES MUY GRAVES, PODRA ACORDARSE, POR EL CONSEJO DE MINISTROS O POR LOS CONSEJOS DE GOBIERNO DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS QUE TUVIEREN COMPETENCIA PARA ELLO, EL CIERRE TEMPORAL DEL ESTABLECIMIENTO, INSTALACION O SERVICIO POR UN PLAZO MAXIMO DE CINCO AÑOS. EN TAL CASO, SERA DE APLICACION LO PREVISTO EN EL ARTICULO 57.4 DE LA LEY 8/1980, DE 10 DE MARZO, POR LA QUE SE APRUEBA EL ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES.

3. LAS CUANTIAS SEÑALADAS ANTERIORMENTE DEBERAN SER REVISADAS Y ACTUALIZADAS PERIODICAMENTE POR EL GOBIERNO, POR REAL DECRETO, TENIENDO EN CUENTA LA VARIACION DE LOS INDICES DE PRECIOS PARA EL CONSUMO.

ARTICULO TREINTA Y SIETE NO TENDRAN CARACTER DE SANCION LA CLAUSURA O CIERRE DE ESTABLECIMIENTOS, INSTALACIONES O SERVICIOS QUE NO CUENTEN CON LAS PREVIAS AUTORIZACIONES O REGISTROS SANITARIOS PRECEPTIVOS, O LA SUSPENSION DE SU

FUNCIONAMIENTO HASTA TANTO SE SUBSANEN LOS DEFECTOS O SE CUMPLAN LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR RAZONES DE SANIDAD, HIGIENE O SEGURIDAD.

TITULO II DE LAS COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS CAPITULO PRIMERO DE LAS COMPETENCIAS DEL ESTADO ARTICULO TREINTA Y OCHO

1. SON COMPETENCIA EXCLUSIVA DEL ESTADO LA SANIDAD EXTERIOR Y LAS RELACIONES Y ACUERDOS SANITARIOS INTERNACIONALES.

2. SON ACTIVIDADES DE SANIDAD EXTERIOR TODAS AQUELLAS QUE SE REALICEN EN MATERIA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS POSIBLES RIESGOS PARA LA SALUD DERIVADOS DE LA IMPORTACION, EXPORTACION O TRANSITO DE MERCANCIAS Y DEL TRAFICO INTERNACIONAL DE VIAJEROS.

3. EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO COLABORARA CON OTROS DEPARTAMENTOS PARA FACILITAR EL QUE LAS ACTIVIDADES DE INSPECCION O CONTROL DE SANIDAD EXTERIOR SEAN COORDINADAS CON AQUELLAS OTRAS QUE PUDIERAN ESTAR RELACIONADAS, AL OBJETO DE SIMPLIFICAR Y AGILIZAR EL TRAFICO, Y SIEMPRE DE ACUERDO CON LOS CONVENIOS INTERNACIONALES.

4. LAS ACTIVIDADES Y FUNCIONES DE SANIDAD EXTERIOR SE REGULARAN POR REAL DECRETO, A PROPUESTA DE LOS DEPARTAMENTOS COMPETENTES.

ARTICULO TREINTA Y NUEVE MEDIANTE LAS RELACIONES Y ACUERDOS SANITARIOS INTERNACIONALES, ESPAÑA COLABORARA CON OTROS PAISES Y ORGANISMOS INTERNACIONALES: EN EL CONTROL EPIDEMIOLOGICO, EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, EN LA CONSERVACION DE UN MEDIO AMBIENTE SALUDABLE, EN LA ELABORACION, PERFECCIONAMIENTO Y PUESTA EN PRACTICA DE NORMATIVAS INTERNACIONALES; EN LA INVESTIGACION BIOMEDICA Y EN TODAS AQUELLAS ACCIONES QUE SE ACUERDEN POR ESTIMARSE BENEFICIOSAS PARA LAS PARTES EN EL CAMPO DE LA SALUD. PRESTARA AL ATENCION A LA COOPERACION CON LAS NACIONES CON LAS QUE TIENE MAYORES LAZOS POR RAZONES HISTORICAS, CULTURALES, GEOGRAFICAS Y DE RELACIONES EN OTRAS AREAS, ASI COMO A LAS ACCIONES DE COOPERACION SANITARIA QUE TENGAN COMO FINALIDAD EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS. EN EL EJERCICIO DE ESTAS FUNCIONES, LAS AUTORIDADES SANITARIAS ACTUARAN EN COLABORACION CON EL MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES.

ARTICULO CUARENTA LA ADMINISTRACION DEL ESTADO, SIN MENOSCABO DE LAS COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, DESARROLLARA LAS SIGUIENTES ACTUACIONES:

1. LA DETERMINACION, CON CARACTER GENERAL, DE LOS METODOS DE ANALISIS Y MEDICION Y DE LOS REQUISITOS TECNICOS Y CONDICIONES MINIMAS EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DEL MEDIO AMBIENTE.

2. LA DETERMINACION DE LOS REQUISITOS SANITARIOS DE LAS REGLAMENTACIONES TECNICO-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 RECOGERA LAS AUTORIZACIONES Y COMUNICACIONES DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS.

4. LA AUTORIZACION MEDIANTE REGLAMENTACIONES Y LISTAS POSITIVAS DE ADITIVOS, DESNATURALIZADORES, MATERIAL MACROMOLECULAR PARA LA FABRICACION DE ENVASES Y EMBALAJES, COMPONENTES ALIMENTARIOS PARA REGIMENES ESPECIALES, DETERGENTES Y DESINFECTANTES EMPLEADOS EN LA INDUSTRIA ALIMENTARIA.

5. LA REGLAMENTACION, AUTORIZACION Y REGISTRO U HOMOLOGACION, SEGUN PROCEDA, DE LOS MEDICAMENTOS DE USO HUMANO Y VETERINARIO Y DE LOS DEMAS PRODUCTOS Y ARTICULOS SANITARIOS Y DE AQUELLOS QUE, AL AFECTAR AL SER HUMANO, PUEDEN SUPONER UN RIESGO PARA LA SALUD DE LAS PERSONAS. CUANDO SE TRATE DE MEDICAMENTOS, PRODUCTOS O ARTICULOS DESTINADOS AL COMERCIO EXTERIOR O CUYA UTILIZACION O CONSUMO PUDIERA AFECTAR A LA SEGURIDAD PUBLICA, LA ADMINISTRACION DEL ESTADO EJERCERA LAS COMPETENCIAS DE INSPECCION Y CONTROL DE CALIDAD

6. LA REGLAMENTACION Y AUTORIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LAS PERSONAS FISICAS O JURIDICAS DEDICADAS A LA PREPARACION, ELABORACION Y FABRICACION DE LOS PRODUCTOS MENCIONADOS EN EL NUMERO ANTERIOR, ASI COMO LA DETERMINACION DE LOS REQUISITOS MINIMOS A OBSERVAR POR LAS PERSONAS Y LOS ALMACENES DEDICADOS A SU DISTRIBUCION MAYORISTA Y LA AUTORIZACION DE LOS QUE EJERZAN SUS ACTIVIDADES EN MAS DE UNA COMUNIDAD AUTONOMA. CUANDO LAS ACTIVIDADES ENUNCIADAS EN ESTE APARTADO HAGAN REFERENCIA A LOS MEDICAMENTOS, PRODUCTOS O ARTICULOS MENCIONADOS EN EL ULTIMO PARRAFO DEL APARTADO ANTERIOR, LA ADMINISTRACION DEL ESTADO EJERCERA LAS COMPETENCIAS DE INSPECCION Y CONTROL DE CALIDAD.

7. LA DETERMINACION CON CARACTER GENERAL DE LAS CONDICIONES Y REQUISITOS TECNICOS MINIMOS PARA LA APROBACION Y HOMOLOGACION DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS DE LOS CENTROS Y SERVICIOS.

8. LA REGLAMENTACION SOBRE ACREDITACION, HOMOLOGACION, AUTORIZACION Y REGISTRO DE CENTROS O SERVICIOS, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA ACION SOBRE EXTRACCION Y TRASPLANTE DE ORGANOS.

9. EL CATALOGO Y REGISTRO GENERAL DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS QUE RECOGERAN LAS DECISIONES, COMUNICACIONES Y AUTORIZACIONES DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS.

10. LA HOMOLOGACION DE PROGRAMAS DE FORMACION POSTGRADUADA, PERFECCIONAMIENTO Y ESPECIALIZACION DEL PERSONAL SANITARIO, A EFECTOS DE REGULACION DE LAS CONDICIONES DE OBTENCION DE TITULOS ACADEMICOS.

11. LA HOMOLOGACION GENERAL DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, A FIN DE GARANTIZAR LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y LA LIBRE CIRCULACION DE LOS PROFESIONALES Y TRABAJADORES SANITARIOS.

12. LOS SERVICIOS DE VIGILANCIA Y ANALISIS EPIDEMIOLOGICOS Y DE LAS ZOONOSIS, ASI COMO LA COORDINACION DE LOS SERVICIOS COMPETENTES DE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS SANITARIAS, EN LOS PROCESOS O SITUACIONES QUE SUPONGAN UN RIESGO PARA LA SALUD DE INCIDENCIA E INTERES NACIONAL O INTERNACIONAL.

13. EL ESTABLECIMIENTO DE SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA Y LA REALIZACION DE ESTADISTICAS, DE INTERES GENERAL SUPRACOMUNITARIO.

14. LA COORDINACION DE LAS ACTUACIONES DIRIGIDAS A IMPEDIR O PERSEGUIR TODAS LAS FORMAS DE FRAUDE, ABUSO, CORRUPCION O DESVIACION DE LAS PRESTACIONES O SERVICIOS SANITARIOS CON CARGO AL SECTOR PUBLICO CUANDO RAZONES DE INTERES GENERAL ASI LO ACONSEJEN.

15. LA ELABORACION DE INFORMES GENERALES SOBRE LA SALUD PUBLICA Y LA ASISTENCIA SANITARIA.

16. EL ESTABLECIMIENTO DE MEDIOS Y DE SISTEMAS DE RELACION QUE GARANTICEN LA INFORMACION Y COMUNICACION RECIPROCAS ENTRE LA ADMINISTRACION SANITARIA DEL ESTADO Y LA DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS EN LAS MATERIAS OBJETO DE LA PRESENTE LEY.

CAPITULO II DE LAS COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS ARTICULO CUARENTA Y UNO 1. LAS COMUNIDADES AUTONOMAS EJERCERAN LAS COMPETENCIAS ASUMIDAS EN SUS ESTATUTOS Y LAS QUE EL ESTADO LES TRANSFIERA O, EN SU CASO, LES DELEGUE.

2. LAS DECISIONES Y ACTUACIONES PUBLICAS PREVISTAS EN ESTA LEY QUE NO SE HAYAN RESERVADO EXPRESAMENTE AL ESTADO SE ENTENDERAN ATRIBUIDAS A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS.

CAPITULO III DE LAS COMPETENCIAS DE LAS CORPORACIONES LOCALES ARTICULO CUARENTA Y DOS

1. LAS NORMAS DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, AL DISPONER SOBRE LA ORGANIZACION DE SUS RESPECTIVOS SERVICIOS DE SALUD, DEBERAN TENER EN CUENTA LAS RESPONSABILIDADES Y COMPETENCIAS DE LAS PROVINCIAS, MUNICIPIOS Y DEMAS ADMINISTRACIONES TERRITORIALES INTRACOMUNITARIAS, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LOS ESTATUTOS DE AUTONOMIA, LA LEY DE REGIMEN LOCAL Y LA PRESENTE LEY.

2. LAS CORPORACIONES LOCALES PARTICIPARAN EN LOS ORGANOS DE DIRECCION DE LA AREAS DE SALUD.

3. NO OBSTANTE, LOS AYUNTAMIENTOS, SIN PERJUICIO DE LAS COMPETENCIAS DE LAS DEMAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, TENDRAN LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES MINIMAS EN RELACION AL

OBLIGADO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y PLANES SANITARIOS: A) CONTROL SANITARIO DEL MEDIO AMBIENTE: CONTAMINACION ATMOSFERICA, ABASTECIMIENTO DE AGUAS, SANEAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES, RESIDUOS URBANOS E INDUSTRIALES.

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 ALIMENTACION, PELUQUERIAS, SAUNAS Y CENTROS DE HIGIENE PERSONAL, HOTELES Y CENTROS RESIDENCIALES, ESCUELAS, CAMPAMENTOS TURISTICOS Y AREAS DE ACTIVIDAD FISICO DEPORTIVAS Y DE RECREO.

D) CONTROL SANITARIO DE LA DISTRIBUCION Y SUMINISTRO DE ALIMENTOS, BEBIDAS Y DEMAS PRODUCTOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL USO O CONSUMO HUMANOS, ASI COMO LOS MEDIOS DE SU TRANSPORTE.

E) CONTROL SANITARIO DE LOS CEMENTERIOS Y POLICIA SANITARIA MORTUORIA.

4. PARA EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES RELACIONADAS EN EL APARTADO ANTERIOR, LOS AYUNTAMIENTOS DEBERAN RECABAR EL APOYO TECNICO DEL PERSONAL Y MEDIOS DE LAS AREAS DE SALUD EN CUYA DEMARCACION ESTEN COMPRENDIDOS.

5. EL PERSONAL SANITARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS QUE PRESTE APOYO A LOS AYUNTAMIENTOS EN LOS ASUNTOS RELACIONADOS EN EL APARTADO 3 TENDRA LA CONSIDERACION, A ESTOS SOLOS EFECTOS, DE PERSONAL AL SERVICIO DE LOS MISMOS, CON SUS OBLIGADAS CONSECUENCIAS EN CUANTO A REGIMEN DE RECURSOS Y RESPONSABILIDAD PERSONALES Y PATRIMONIALES.

CAPITULO IV DE LA ALTA INSPECCION ARTICULO CUARENTA Y TRES 1. EL ESTADO EJERCERA LA ALTA INSPECCION COMO FUNCION DE GARANTIA Y VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS ESTATALES Y DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS EN MATERIA DE SANIDAD, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CONSTITUCION Y EN LAS LEYES.

2. SON ACTIVIDADES PROPIAS DE LA ALTA INSPECCION:

A) SUPERVISAR LA ADECUACION ENTRE LOS PLANES Y PROGRAMAS SANITARIOS DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y LOS OBJETIVOS DE CARACTER GENERAL ESTABLECIDOS POR EL ESTADO.

B) EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE FINES Y OBJETIVOS COMUNES Y DETERMINAR LAS DIFICULTADES O DEFICIENCIAS GENERICAS O ESTRUCTURALES QUE IMPIDAN ALCANZAR O DISTORSIONEN EL FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA SANITARIO COHERENTE, ARMONICO Y SOLIDARIO.

C) SUPERVISAR EL DESTINO Y UTILIZACION DE LOS FONDOS Y SUBVENCIONES PROPIOS DEL ESTADO ASIGNADOS A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS QUE TENGAN UN DESTINO O FINALIDAD DETERMINADA.

D) COMPROBAR QUE LOS FONDOS CORRESPONDIENTES A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS SON UTILIZADOS DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS GENERALES DE LA PRESENTE LEY.

E) SUPERVISAR LA ADSCRIPCION 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 AUTONOMAS Y, EN SU CASO, LAS DEMAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS.

F) VERIFICAR LA INEXISTENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DISCRIMINACION EN LOS SISTEMAS DE ADMINISTRACION Y REGIMENES DE PRESTACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, ASI COMO EN LOS SISTEMAS O PROCEDIMIENTOS DE SELECCION Y PROVISION DE SUS PUESTOS DE TRABAJO.

G) SUPERVISAR QUE EL EJERCICIO DE LAS COMPETENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD SE AJUSTA A CRITERIOS DE PARTICIPACION DEMOCRATICA DE TODOS LOS INTERESADOS. A TAL EFECTO SE ESTARA A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 5.2 DE LA PRESENTE LEY.

3. LAS FUNCIONES DE ALTA INSPECCION SE EJERCERAN POR LOS ORGANOS DEL ESTADO COMPETENTES EN MATERIA DE SANIDAD. LOS FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO QUE EJERZAN LA ALTA INSPECCION GOZARAN DE LA CONSIDERACION DE AUTORIDAD PUBLICA A TODOS LOS EFECTOS, Y EN SUS ACTUACIONES PODRAN RECABAR DE LAS AUTORIDADES DEL ESTADO Y DE LOS ORGANOS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA Y DEMAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS LA COLABORACION NECESARIA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES QUE LES ESTEN LEGALMENTE ENCOMENDADAS.

4. CUANDO COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE ALTA INSPECCION SE COMPRUEBEN INCUMPLIMIENTOS POR PARTE DE LA COMUNIDAD AUTONOMA, LAS AUTORIDADES SANITARIAS DEL ESTADO ADVERTIRAN DE ESTA CIRCUNSTANCIA A LA MISMA A TRAVES DEL DELEGADO DEL GOBIERNO.

5. SI UNA VEZ EFECTUADA DICHA ADVERTENCIA SE COMPROBASE QUE PERSISTE LA SITUACION DE INCUMPLIMIENTO, EL GOBIERNO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CONSTITUCION, REQUERIRA FORMALMENTE AL ORGANO COMPETENTE DE LA COMUNIDAD AUTONOMA PARA QUE ADOPTE LAS MEDIDAS PRECISAS.

6. LAS DECISIONES QUE ADOPTE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO EN EJERCICIO DE SUS COMPETENCIAS DE ALTA INSPECCION, SE COMUNICARAN SIEMPRE AL MAXIMO ORGANO RESPONSABLE DEL SERVICIO DE SALUD DE CADA COMUNIDAD AUTONOMA.

TITULO III DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO

CAPITULO PRIMERO DE LA ORGANIZACION GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO

ARTICULO CUARENTA Y CUATRO

1. TODAS LAS ESTRUCTURAS Y SERVICIOS PUBLICOS AL SERVICIO DE LA SALUD INTEGRARAN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ES EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA PRESENTE LEY.

ARTICULO CUARENTA Y CINCO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD INTEGRA TODAS LAS FUNCIONES Y PRESTACIONES SANITARIAS QUE, DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN LA PRESENTE LEY, SON RESPONSABILIDAD DE LOS PODERES PUBLICOS PARA EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD.

ARTICULO CUARENTA Y SEIS SON CARACTERISTICAS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

A) LA EXTENSION DE SUS SERVICIOS A TODA LA POBLACION.

B) LA ORGANIZACION ADECUADA PARA PRESTAR UNA ATENCION INTEGRAL A LA SALUD, COMPRENSIVA TANTO DE LA PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD COMO DE LA CURACION Y REHABILITACION.

C) LA COORDINACION Y, EN SU CASO, LA INTEGRACION DE TODOS LOS RECURSOS SANITARIOS PUBLICOS EN UN DISPOSITIVO UNICO.

D) LA FINANCIACION DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE ESTA LEY SE REALIZARA MEDIANTE RECURSOS DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, COTIZACIONES Y TASAS POR LA PRESTACION DE DETERMINADOS SERVICIOS.

E) LA PRESTACION DE UNA ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD PROCURANDO ALTOS NIVELES DE CALIDAD DEBIDAMENTE EVALUADOS Y CONTROLADOS.

ARTICULO CUARENTA Y SIETE 1. SE CREA EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, QUE ESTARA INTEGRADO POR UN REPRESENTANTE DE CADA UNA DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y POR IGUAL NUMERO DE MIEMBROS DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO.

2. EL CONSEJO INTERTERRITOIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SERA EL ORGANO PERMANENTE DE COMUNICACION E INFORMACION DE LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD, ENTRE ELLOS Y CON LA ADMINISTRACION ESTATAL, Y COORDINARA, ENTRE OTROS ASPECTOS, LAS LINEAS BASICAS DE LA POLITICA DE ADQUISICIONES, CONTRATACIONES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, SANITARIOS Y DE OTROS BIENES Y SERVICIOS, ASI COMO LOS PRINCIPIOS BASICOS DE LA POLITICA DE PERSONAL.

3. EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EJERCERA TAMBIEN LAS FUNCIONES EN MATERIA DE PLANIFICACION QUE ESTA LEY LE ATRIBUYE.

ASIMISMO EJERCERA LAS FUNCIONES QUE LE PUEDAN SER CONFIADAS PARA LA DEBIDA COORDINACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

4. SERA PRESIDENTE DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO.

5. A LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL ARTICULO 5.2 DE ESTA LEY, SE CREA UN COMITE CONSULTIVO VINCULADO CON EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD AL QUE SE REFIEREN LOS APARTADOS ANTERIORES, INTEGRADO PARITARIAMENTE POR REPRESENTANTES DE LAS ORGANIZACIONES EMPRESARIALES Y SINDICALES MAS REPRESENTATIVAS.

ARTICULO CUARENTA Y OCHO EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS PODRAN CONSTITUIR COMISIONES Y COMITES TECNICOS, CELEBRAR CONVENIOS Y ELABORAR LOS PROGRAMAS EN COMUN QUE SE REQUIERAN PARA LA MAYOR EFICACIA Y RENTABILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

CAPITULO II DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS ARTICULO CUARENTA Y NUEVE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DEBERAN ORGANIZAR SUS SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS BASICOS DE LA PRESENTE LEY.

ARTICULO CINCUENTA 1. EN CADA COMUNIDAD AUTONOMA SE CONSTITUIRA 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 ESTARA GESTINONADO, COMO SE ESTABLECE EN LOS ARTICULOS SIGUIENTES, BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LA RESPECTIVA COMUNIDAD AUTONOMA.

2. NO OBSTANTE EL CARACTER INTEGRADO DEL SERVICIO, CADA ADMINISTRACION TERRITORIAL PODRA 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 ADSCRIPCION FUNCIONAL AL SERVICIO DE SALUD DE CADA COMUNIDAD AUTONOMA.

ARTICULO CINCUENTA Y UNO 1. LOS SERVICIOS DE SALUD QUE SE CREEN EN LAS COMUNIDADES AUTONOMAS SE PLANIFICARAN CON CRITERIOS DE RACIONALIZACION DE LOS RECURSOS, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES SANITARIAS DE CADA TERRITORIO. LA BASE DE LA PLANIFICACION SERA LA DIVISION DE TODO EL TERRITORIO EN DEMARCACIONES GEOGRAFICAS, AL OBJETO DE PONER EN PRACTICA LOS PRINCIPIOS GENERALES Y LAS ATENCIONES BASICAS A LA SALUD QUE SE ENUNCIAN EN ESTA LEY.

2. LA ORDENACION TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS SERA COMPETENCIA DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y SE BASARA EN LA APLICACION DE UN CONCEPTO INTEGRADO DE ATENCION A LA SALUD.

3. LAS ADMINISTRACIONES TERRITORIALES INTRACOMUNITARIAS NO PODRAN CREAR O ESTABLECER NUEVOS CENTROS O SERVICIOS SANITARIOS, SINO DE ACUERDO CON LOS PLANES DE SALUD DE CADA COMUNIDAD AUTONOMA Y PREVIA AUTORIZACION DE LA ARTICULO

CINCUENTA Y DOS LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, EN EJERCICIO DE LAS COMPETENCIAS ASUMIDAS EN SUS ESTATUTOS, DISPONDRAN ACERCA DE LOS ORGANOS DE GESTION Y CONTROL DE SUS RESPECTIVOS SERVICIOS DE SALUD, SIN PERJUICIO DE LO QUE EN ESTA LEY SE ESTABLECE.

ARTICULO CINCUENTA Y TRES 1. LAS COMUNIDADES AUTONOMAS AJUSTARAN EL EJERCICIO DE SUS COMPETENCIAS EN MATERIA SANITARIA A CRITERIOS DE PARTICIPACION DEMOCRATICA DE TODOS LOS INTERESADOS, ASI COMO DE LOS REPRESENTANTES SINDICALES Y DE LAS ORGANIZACIONES EMPRESARIALES.

2. CON EL FIN DE ARTICULAR LA PARTICIPACION EN EL AMBITO DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, SE CREARA EL CONSEJO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTONOMA. EN CADA AREA, LA COMUNIDAD AUTONOMA DEBERA CONSTITUIR, ASIMISMO, ORGANOS DE PARTICIPACION EN LOS SERVICIOS SANITARIOS. 3. EN AMBITOS TERRITORIALES DIFERENTES DE LOS REFERIDOS EN EL APARTADO ANTERIOR, LA COMUNIDAD AUTONOMA DEBERA GARANTIZAR UNA EFECTIVA PARTICIPACION.

ARTICULO CINCUENTA Y CUATRO CADA COMUNIDAD AUTONOMA ELABORARA UN PLAN DE SALUD QUE COMPRENDERA TODAS LAS ACCIONES SANITARIAS NECESARIAS PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS DE SUS SERVICIOS DE SALUD.

EL PLAN DE SALUD DE CADA COMUNIDAD AUTONOMA, QUE SE AJUSTARA A LOS CRITERIOS GENERALES DE COORDINACION APROBADOS POR EL GOBIERNO, DEBERA ENGLOBAR EL CONJUNTO DE PLANES DE LAS DIFERENTES AREAS DE SALUD.

ARTICULO CINCUENTA Y CINCO
1. DENTRO DE SU AMBITO DE COMPETENCIAS, LAS CORRESPONDIENTES COMUNIDADES AUTONOMAS REGULARAN LA ORGANIZACION, FUNCIONES, ASIGNACION DE MEDIOS PERSONALES Y MATERIALES DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LO ESTABLECIDO EN EL CAPITULO VI DE ESTE TITULO.

2. LAS CORPORACIONES LOCALES QUE A LA ENTRADA EN VIGOR DE LA PRESENTE LEY VINIERAN DESARROLLANDO SERVICIOS HOSPITALARIOS, PARTICIPARAN EN LA GESTION DE LOS MISMOS, ELEVANDO PROPUESTA DE DEFINICION DE OBJETIVOS Y FINES, ASI COMO DE PRESUPUESTOS ANUALES. ASIMISMO ELEVARAN A LA COMUNIDAD AUTONOMA PROPUESTA EN TERNA PARA EL NOMBRAMIENTO DEL DIRECTOR DEL CENTRO HOSPITALARIO.

CAPITULO TERCERO DE LAS AREAS DE SALUD ARTICULO CINCUENTA Y SEIS
1. LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DELIMITARAN Y CONSTITUIRAN EN SU TERRITORIO DEMARCACIONES DENOMINADAS AREAS DE SALUD, DEBIENDO TENER EN CUENTA A TAL EFECTO LOS PRINCIPIOS BASICOS QUE EN ESTA LEY SE ESTABLECEN, PARA ORGANIZAR UN SISTEMA SANITARIO COORDINADO E INTEGRAL.

2. LAS AREAS DE SALUD SON LAS ESTRUCTURAS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA SANITARIO, RESPONSABILIZADAS DE LA GESTION UNITARIA DE LOS CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTONOMA EN SU DEMARCACION TERRITORIAL Y DE LAS

PRESTACIONES SANITARIAS Y PROGRAMAS SANITARIOS A DESARROLLAR POR ELLOS.

EN TODO CASO, LAS AREAS DE SALUD DEBERAN DESARROLLAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:
A) EN EL AMBITO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD, MEDIANTE FORMULAS DE TRABAJO EN EQUIPO, SE ATENDERA AL INDIVIDUO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD; DESARROLLANDOSE, MEDIANTE PROGRAMAS, FUNCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION, CURACION Y REHABILITACION, A TRAVES TANTO DE SUS MEDIOS BASICOS COMO DE LOS EQUIPOS DE APOYO A LA ATENCION PRIMARIA.

B) EN EL NIVEL DE ATENCION ESPECIALIZADA, A REALIZAR EN LOS HOSPITALES Y CENTROS DE ESPECIALIDADES DEPENDIENTES FUNCIONALMENTE DE AQUELLOS, SE PRESTARA LA ATENCION DE MAYOR COMPLEJIDAD A LOS PROBLEMAS DE SALUD Y SE DESARROLLARAN LAS DEMAS FUNCIONES PROPIAS DE LOS HOSPITALES.

3. LAS AREAS DE SALUD SERAN DIRIGIDAS POR UN ORGANO PROPIO, DONDE DEBERAN PARTICIPAR LAS CORPORACIONES LOCALES EN ELLAS SITUADAS CON UNA REPRESENTACION NO INFERIOR AL 40 POR 100, DENTRO DE LAS DIRECTRICES Y PROGRAMAS GENERALES SANITARIOS ESTABLECIDOS POR LA COMUNIDAD AUTONOMA.

4. LAS AREAS DE SALUD SE DELIMITARAN TENIENDO EN CUENTA FACTORES GEOGRAFICOS, SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, LABORALES, EPIDEMIOLOGICOS, CULTURALES, CLIMATOLOGICOS Y DE DOTACION DE VIAS Y MEDIOS DE COMUNICACION, ASI COMO LAS INSTALACIONES SANITARIAS DEL AREA. AUNQUE PUEDAN VARIAR LA EXTENSION TERRITORIAL Y EL CONTINGENTE DE POBLACION COMPRENDIDA EN LAS MISMAS, DEBERAN QUEDAR DELIMITADAS DE MANERA QUE PUEDAN CUMPLIRSE DESDE ELLAS LOS OBJETIVOS QUE EN ESTA LEY SE SEÑALAN.

5. COMO REGLA GENERAL, Y SIN PERJUICIO DE LAS EXCEPCIONES A QUE HUBIERA LUGAR, ATENDIDOS LOS FACTORES EXPRESADOS EN EL APARTADO ANTERIOR, EL AREA DE SALUD EXTENDERA SU ACCION A UNA POBLACION NO INFERIOR A 200.000 HABITANTES NI SUPERIOR A 250.000. SE EXCEPTUAN DE LA REGLA ANTERIOR LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE BALEARES Y CANARIAS Y LAS CIUDADES DE CEUTA Y MELILLA, QUE PODRAN ACOMODARSE A SUS ESPECIFICAS PECULIARIDADES. EN TODO CASO, CADA PROVINCIA TENDRA, COMO MINIMO, UN AREA.

ARTICULO CINCUENTA Y SIETE LAS AREAS DE SALUD CONTARAN, COMO MINIMO, CON LOS SIGUIENTES ORGANOS:
1. DE PARTICIPACION: EL CONSEJO DE SALUD DE AREA.
2. DE DIRECCION: EL CONSEJO DE DIRECCION DE AREA.
3. DE GESTION: EL GERENTE DE AREA.

ARTICULO CINCUENTA Y OCHO
1. LOS CONSEJOS DE SALUD DE AREA SON ORGANOS COLEGIADOS DE PARTICIPACION COMUNITARIA PARA LA CONSULTA Y EL SEGUIMIENTO DE LA GESTION, DE ACUERDO CON LO ENUNCIADO EN EL ARTICULO 5.2 DE LA PRESENTE LEY.

2. LOS CONSEJOS DE SALUD DE AREA ESTARAN CONSTITUIDOS POR:

A) LA REPRESENTACION DE LOS CIUDADANOS A TRAVES DE LAS CORPORACIONES LOCALES COMPRENDIDAS EN SU DEMARCACION, QUE SUPONDRA EL 50 POR 100 DE SUS MIEMBROS.

B) LAS ORGANIZACIONES SINDICALES MAS REPRESENTATIVAS, EN UNA PROPORCION NO INFERIOR AL 25 POR 100, A TRAVES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS TITULADOS.

C) LA ADMINISTRACION SANITARIA DEL AREA DE SALUD.

3. SERAN FUNCIONES DEL CONSEJO DE SALUD:

A) VERIFICAR LA ADECUACION DE LAS ACTUACIONES EN EL AREA DE SALUD A LAS NORMAS Y DIRECTRICES DE LA POLITICA SANITARIA Y ECONOMICA.

B) ORIENTAR LAS DIRECTRICES SANITARIAS DEL AREA, A CUYO EFECTO PODRAN ELEVAR MOCIONES E INFORMES A LOS ORGANOS DE DIRECCION.

C) PROPONER MEDIDAS A DESARROLLAR EN EL AREA DE SALUD PARA ESTUDIAR LOS PROBLEMAS SANITARIOS ESPECIFICOS DE LA MISMA, ASI COMO SUS PRIORIDADES.

D) PROMOVER LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL SENO DEL AREA DE SALUD.

E) CONOCER E INFORMAR EL ANTEPROYECTO DEL PLAN DE SALUD DEL AREA Y DE SUS ADAPTACIONES ANUALES.

F) CONOCER E INFORMAR LA MEMORIA ANUAL DEL AREA DE SALUD.

4. PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN LOS APARTADOS ANTERIORES, LOS CONSEJOS DE SALUD DEL AREA PODRAN CREAR ORGANOS DE PARTICIPACION DE CARACTER SECTORIAL.

ARTICULO CINCUENTA Y NUEVE

1. AL CONSEJO DE DIRECCION DEL AREA DE SALUD CORRESPONDE FORMULAR LAS DIRECTRICES EN POLITICA DE SALUD Y CONTROLAR LA GESTION DEL AREA, DENTRO DE LAS NORMAS Y PROGRAMAS GENERALES ESTABLECIDOS POR LA ADMINISTRACION AUTONOMICA.

2. EL CONSEJO DE DIRECCION ESTARA FORMADO POR LA REPRESENTACION DE LA COMUNIDAD AUTONOMA, QUE SUPONDRA EL 60 POR 100 DE LOS MIEMBROS DE AQUEL, Y LOS REPRESENTANTES DE LAS CORPORACIONES LOCALES, ELEGIDOS POR QUIENES OSTENTEN TAL CONDICION EN EL CONSEJO DE SALUD.

3. SERAN FUNCIONES DEL CONSEJO DE DIRECCION:

A) LA PROPUESTA DE NOMBRAMIENTO Y CESE DEL GERENTE DEL AREA DE SALUD.

B) LA APROBACION DEL PROYECTO DEL PLAN DE SALUD DEL AREA, DENTRO DE LAS NORMAS, DIRECTRICES Y PROGRAMAS GENERALES ESTABLECIDOS POR LA COMUNIDAD AUTONOMA.

C) LA APROBACION DE LA MEMORIA ANUAL DEL AREA DE SALUD.

D) EL ESTABLECIMIENTO DE LOS CRITERIOS GENERALES DE COORDINACION EN EL AREA DE SALUD.

E) LA APROBACION DE LAS PRIORIDADES ESPECIFICAS DEL AREA DE SALUD.

F) LA APROBACION DEL ANTEPROYECTO Y DE LOS AJUSTES ANUALES DEL PLAN DE SALUD DEL AREA.

G) LA ELABORACION DEL REGLAMENTO DEL CONSEJO DE DIRECCION Y DEL CONSEJO DE SALUD DEL AREA, DENTRO DE LAS DIRECTRICES GENERALES QUE ESTABLEZCA LA COMUNIDAD AUTONOMA.

ARTICULO SESENTA

1. EL GERENTE DEL AREA DE SALUD SERA NOMBRADO Y CESADO POR LA DIRECCION DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTONOMA, A PROPUESTA DEL CONSEJO DE DIRECCION DEL AREA.

2. EL GERENTE DEL AREA DE SALUD ES EL ORGANO DE GESTION DE LA MISMA. PODRA, PREVIA CONVOCATORIA, ASISTIR CON VOZ, PERO SIN VOTO, A LAS REUNIONES DEL CONSEJO DE DIRECCION.

3. EL GERENTE DEL AREA DE SALUD SERA EL ENCARGADO DE LA EJECUCION DE LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL CONSEJO DE DIRECCION, DE LAS PROPIAS DEL PLAN DE SALUD DEL AREA Y DE LAS NORMAS CORRESPONDIENTES A LA ADMINISTRACION AUTONOMICA Y DEL ESTADO. ASIMISMO PRESENTARA LOS ANTEPROYECTOS DEL PLAN DE SALUD Y DE SUS ADAPTACIONES ANUALES Y EL PROYECTO DE MEMORIA ANUAL DEL AREA DE SALUD.

ARTICULO SESENTA Y UNO EN CADA AREA DE SALUD DEBE PROCURARSE LA MAXIMA INTEGRACION DE LA INFORMACION RELATIVA A CADA PACIENTE, POR LO QUE EL PRINCIPIO DE HISTORIA CLINICO-SANITARIA UNICA POR CADA UNO DEBERA MANTENERSE, AL MENOS, DENTRO DE LOS LIMITES DE CADA INSTITUCION ASISTENCIAL. ESTARA A DISPOSICION DE LOS ENFERMOS Y DE LOS FACULTATIVOS QUE DIRECTAMENTE ESTEN IMPLICADOS EN EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO, ASI COMO A EFECTOS DE INSPECCION MEDICA O PARA FINES CIENTIFICOS, DEBIENDO QUEDAR PLENAMENTE GARANTIZADOS EL DERECHO DEL ENFERMO A SU INTIMIDAD PERSONAL Y FAMILIAR Y EL DEBER DE GUARDAR EL SECRETO POR QUIEN, EN VIRTUD DE SUS COMPETENCIAS, TENGA ACCESO A LA HISTORIA CLINICA. LOS PODERES PUBLICOS ADOPTARAN LAS MEDIDAS PRECISAS PARA GARANTIZAR DICHOS DERECHOS Y DEBERES.

ARTICULO SESENTA Y DOS

1. PARA CONSEGUIR LA MAXIMA OPERATIVIDAD Y EFICACIA EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS A NIVEL PRIMARIO, LAS AREAS DE SALUD SE DIVIDIRAN EN ZONAS BASICAS DE SALUD.

2. EN LA DELIMITACION DE LAS ZONAS BASICAS DEBERAN TENERSE EN CUENTA:

A) LAS DISTANCIAS MAXIMAS DE LAS AGRUPACIONES DE POBLACION MAS ALEJADAS DE LOS SERVICIOS Y EL TIEMPO NORMAL A INVERTIR EN SU RECORRIDO USANDO LOS MEDIOS ORDINARIOS.

B) EL GRADO DE CONCENTRACION O DISPERSION DE LA POBLACION.

C) LAS CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA ZONA.

D) LAS INSTALACIONES Y RECURSOS SANITARIOS DE LA ZONA.

ARTICULO SESENTA Y TRES LA ZONA BASICA DE SALUD ES EL MARCO TERRITORIAL DE LA ATENCION PRIMARIA D SALUD DONDE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES SANITARIAS LOS CENTROS DE SALUD, CENTROS INTEGRALES DE ATENCION PRIMARIA.

LOS CENTROS DE SALUD DESARROLLARAN DE FORMA INTEGRADA Y MEDIANTE EL TRABAJO EN EQUIPO TODAS LAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS A LA PROMOCION, PREVENCION, CURACION Y REHABILITACION DE LA SALUD, TANTO INDIVIDUAL COMO COLECTIVA, DE LOS HABITANTES DE LA ZONA BASICA; A CUYO EFECTO, SERAN DOTADOS DE LOS MEDIOS PERSONALES Y MATERIALES QUE SEAN PRECISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE DICHA FUNCION.

COMO MEDIO DE APOYO TECNICO PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD PREVENTIVA, EXISTIRA UN LABORATORIO DE SALUD ENCARGADO DE REALIZAR LAS DETERMINACIONES DE LOS ANALISIS HIGIENICO-SANITARIOS DEL MEDIO AMBIENTE, HIGIENE ALIMENTARIA Y ZOONOSIS.

ARTICULO SESENTA Y CUATRO EL CENTRO DE SALUD TENDRA LAS SIGUIENTES FUNCIONES:

A) ALBERGAR LA ESTRUCTURA FISICA DE CONSULTAS Y SERVICIOS ASISTENCIALES PERSONALES CORRESPONDIENTES A LA POBLACION EN QUE SE UBICA.

B) ALBERGAR LOS RECURSOS MATERIALES PRECISOS PARA LA REALIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DE QUE SE PUEDA DISPONER EN LA ZONA.

C) SERVIR COMO CENTRO DE REUNION ENTRE LA COMUNIDAD Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

D) FACILITAR EL TRABAJO EN EQUIPO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LA E) MEJORAR LA ORGANIZACION ADMINISTRATIVA DE LA ATENCION DE SALUD EN SU ZONA DE INFLUENCIA.

ARTICULO SESENTA Y CINCO
1. CADA AREA DE SALUD ESTARA VINCULADA O DISPONDRA, AL MENOS, DE UN HOSPITAL GENERAL, CON LOS SERVICIOS QUE ACONSEJE LA POBLACION A ASISTIR, LA ESTRUCTURA DE ESTA Y LOS PROBLEMAS DE SALUD.

2. EL HOSPITAL ES EL ESTABLECIMIENTO ENCARGADO TANTO DEL INTERNAMIENTO CLINICO COMO DE LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA Y COMPLEMENTARIA QUE REQUIERA SU ZONA DE INFLUENCIA.

3. EN TODO CASO, SE ESTABLECERAN MEDIDAS ADECUADAS PARA GARANTIZAR LA INTERRELACION ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES.

ARTICULO SESENTA Y SEIS

1. FORMARA PARTE DE LA POLITICA SANITARIA DE TODAS LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS LA CREACION DE UNA RED INTEGRADA DE HOSPITALES DEL SECTOR PUBLICO.

LOS HOSPITALES GENERALES DEL SECTOR PRIVADO QUE LO SOLICITEN SERAN VINCULADOS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DE ACUERDO CON UN PROTOCOLO DEFINIDO, SIEMPRE QUE POR SUS CARACTERISTICAS TECNICAS SEAN HOMOLOGABLES, CUANDO LAS NECESIDADES ASISTENCIALES LO JUSTIFIQUEN Y SI LAS DISPONIBILIDADES ECONOMICAS DEL SECTOR PUBLICO LO PERMITEN.

2. LOS PROTOCOLOS SERAN OBJETO DE REVISION PERIODICA.

3. EL SECTOR PRIVADO VINCULADO MANTENDRA LA TITULARIDAD DE CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DEL MISMO, ASI COMO LA TITULARIDAD DE LAS RELACIONES LABORALES DEL PERSONAL QUE EN ELLOS PRESTE SUS SERVICIOS.

ARTICULO SESENTA Y SIETE

1. LA VINCULACION A LA RED PUBLICA DE LOS HOSPITALES A QUE SE REFIERE EL ARTICULO ANTERIOR SE REALIZARA MEDIANTE CONVENIOS SINGULARES.

2. EL CONVENIO ESTABLECERA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES RECIPROCAS EN CUANTO A DURACION, PRORROGA, SUSPENSION TEMPORAL, EXTINCION DEFINITIVA DEL MISMO, REGIMEN ECONOMICO, NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS Y DEMAS CONDICIONES DE PRESTACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES QUE SE DICTEN PARA EL DESARROLLO DE ESTA LEY. EL REGIMEN DE JORNADA DE LOS HOSPITALES A QUE SE REFIERE ESTE APARTADO SERA EL MISMO QUE EL DE LOS HOSPITALES PUBLICOS DE ANALOGA NATURALEZA EN EL CORRESPONDIENTE AMBITO TERRITORIAL.

3. EN CADA CONVENIO QUE SE ESTABLEZCA DE ACUERDO CON LOS APARTADOS ANTERIORES, QUEDARA ASEGURADO QUE LA ATENCION SANITARIA PRESTADA POR HOSPITALES PRIVADOS A LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO SE IMPARTE EN CONDICIONES DE GRATUIDAD, POR LO QUE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS DE DICHO HOSPITAL NO PODRAN TENER CARACTER LUCRATIVO.

EL COBRO DE CUALQUIER CANTIDAD A LOS ENFERMOS EN CONCEPTO DE ATENCIONES NO SANITARIAS, CUALQUIERA QUE SEA LA NATURALEZA DE ESTAS, PODRA SER ESTABLECIDO SI PREVIAMENTE SON AUTORIZADOS POR LA ADMINISTRACION SANITARIA CORRESPONDIENTE EL CONCEPTO Y LA CUANTIA QUE POR EL SE PRETENDE COBRAR.

4. SERAN CAUSAS DE DENUNCIA DEL CONVENIO POR PARTE DE LA ADMINISTRACION SANITARIA COMPETENTE LAS SIGUIENTES:

A) PRESTAR ATENCION SANITARIA OBJETO DE CONVENIO CONTRAVINIENDO EL PRINCIPIO DE GRATUIDAD.

B) ESTABLECER SIN AUTORIZACION SERVICIOS COMPLEMENTARIOS NO SANITARIOS O PERCIBIR POR ELLOS CANTIDADES NO AUTORIZADAS.

C) INFRINGIR LAS NORMAS RELATIVAS A LA JORNADA Y AL HORARIO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL ESTABLECIDAS EN EL APARTADO 2.

D) INFRINGIR CON CARACTER GRAVE LA LEGISLACION LABORAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL O FISCAL.

E) LESIONAR LOS DERECHOS ESTABLECIDOS EN LOS ARTICULOS 16, 18, 20 Y 22 DE LA CONSTITUCION CUANDO ASI 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 ESTARAN SOMETIDOS A LAS MISMAS INSPECCIONES Y CONTROLES SANITARIOS, ADMINISTRATIVOS Y ECONOMICOS QUE LOS HOSPITALES PUBLICOS, APLICANDO CRITERIOS HOMOGENEOS Y PREVIAMENTE REGLADOS.

ARTICULO SESENTA Y OCHO LOS CENTROS HOSPITALARIOS DESARROLLARAN, ADEMAS DE LAS TAREAS ESTRICTAMENTE ASISTENCIALES, FUNCIONES DE PROMOCION DE SALUD, PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES E INVESTIGACION Y DOCENCIA, DE ACUERDO CON LOS PROGRAMAS DE CADA AREA DE SALUD, CON OBJETO DE COMPLEMENTAR SUS ACTIVIDADES CON LAS DESARROLLADAS POR LA RED DE ATENCION PRIMARIA.

ARTICULO SESENTA Y NUEVE
1. EN LOS SERVICIOS SANITARIOS PUBLICOS SE TENDERA HACIA LA AUTONOMIA Y CONTROL DEMOCRATICO DE SU GESTION, IMPLANTANDO UNA DIRECCION PARTICIPATIVA POR OBJETIVOS.

2. LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRESTADA DEBERA SER UN PROCESO CONTINUADO QUE INFORMARA TODAS LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD Y DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

LA ADMINISTRACION SANITARIA ESTABLECERA SISTEMAS DE EVALUACION DE CALIDAD ASISTENCIAL OIDAS LAS SOCIEDADES CIENTIFICAS SANITARIAS.

LOS MEDICOS Y DEMAS PROFESIONALES TITULADOS DEL CENTRO DEBERAN PARTICIPAR EN LOS ORGANOS ENCARGADOS DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL MISMA.

3. TODOS LOS HOSPITALES DEBERAN POSIBILITAR O FACILITAR A LAS UNIDADES DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EL CUMPLIMIENTO DE SUS COMETIDOS. ASIMISMO, ESTABLECERAN LOS MECANISMOS ADECUADOS PARA OFRECER UN ALTO NIVEL DE CALIDAD ASISTENCIAL.

CAPITULO IV DE LA COORDINACION GENERAL SANITARIA ARTICULO SETENTA

1. EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS APROBARAN PLANES DE SALUD EN EL AMBITO DE SUS RESPECTIVAS COMPETENCIAS, EN LOS QUE SE PREVERAN LAS INVERSIONES Y ACCIONES SANITARIAS A DESARROLLAR, ANUAL O PLURIANUALMENTE.

2. LA COORDINACION GENERAL SANITARIA INCLUIRA:
A) EL ESTABLECIMIENTO CON CARACTER GENERAL DE INDICES O CRITERIOS MINIMOS BASICOS 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 DETERMINACION DE FINES U OBJETIVOS MINIMOS COMUNES EN MATERIA DE PREVENCION, PROTECCION, PROMOCION Y ASISTENCIA SANITARIA.

C) EL MARCO DE ACTUACIONES Y PRIORIDADES PARA ALCANZAR UN SISTEMA SANITARIO.
COHERENTE, ARMONICO Y SOLIDARIO.

D) EL ESTABLECIMIENTO CON CARACTER GENERAL DE CRITERIOS MINIMOS BASICOS Y COMUNES DE EVALUACION DE LA EFICACIA Y RENDIMIENTO DE LOS PROGRAMAS, CENTROS O SERVICIOS SANITARIOS.

3. EL GOBIERNO ELABORARA LOS CRITERIOS GENERALES DE COORDINACION SANITARIA DE ACUERDO CON LAS PREVISIONES QUE LE SEAN SUMINISTRADAS POR LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y EL ASESORAMIENTO Y COLABORACION DE LOS SINDICATOS Y ORGANIZACIONES EMPRESARIALES.

4. LOS CRITERIOS GENERALES DE COORDINACION APROBADOS POR EL ESTADO SE REMITIRAN A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS PARA QUE SEAN TENIDOS EN CUENTA POR ESTAS EN LA FORMULACION DE SUS PLANES DE SALUD Y DE SUS PRESUPUESTOS ANUALES.

EL ESTADO COMUNICARA ASIMISMO A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS LOS AVANCES Y PREVISIONES DE SU NUEVO PRESUPUESTO QUE PUEDAN UTILIZARSE PARA LA FINANCIACION DE LOS PLANES DE SALUD DE AQUELLAS.

ARTICULO SETENTA Y UNO
1. EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS PODRAN ESTABLECER PLANES DE SALUD CONJUNTOS. CUANDO ESTOS PLANES CONJUNTOS IMPLIQUEN A TODAS LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, SE FORMULARAN EN EL SENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

2. LOS PLANES CONJUNTOS, UNA VEZ FORMULADOS, SE TRAMITARAN POR EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO Y POR EL ORGANO COMPETENTE DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, A LOS EFECTOS DE OBTENER SU APROBACION POR LOS ORGANOS LEGISLATIVOS CORRESPONDIENTES, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 18 DE LA LEY ORGANICA PARA LA FINANCIACION DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS.

ARTICULO SETENTA Y DOS LAS COMUNIDADES AUTONOMAS PODRAN ESTABLECER PLANES EN MATERIA DE SU COMPETENCIA EN LOS QUE SE PROPONGA UNA CONTRIBUCION FINANCIERA DEL ESTADO PARA SU EJECUCION, DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 158.1 DE LA CONSTITUCION.

ARTICULO SETENTA Y TRES

1. LA COORDINACION GENERAL SANITARIA SE EJERCERA POR EL ESTADO, FIJANDO MEDIOS Y SISTEMAS DE RELACION PARA FACILITAR LA INFORMACION RECIPROCA, LA HOMOGENEIDAD TECNICA EN DETERMINADOS ASPECTOS Y LA ACCION CONJUNTA DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS SANITARIAS EN EL EJERCICIO DE SUS RESPECTIVAS COMPETENCIAS, DE TAL MODO QUE SE LOGRE LA INTEGRACION DE ACTOS PARCIALES EN LA GLOBALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

2. COMO DESARROLLO DE LO ESTABLECIDO EN LOS PLANES O EN EL EJERCICIO DE SUS COMPETENCIAS ORDINARIAS, EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS PODRAN ELABORAR PROGRAMAS SANITARIOS Y PROYECTAR ACCIONES SOBRE LOS DIFERENTES SECTORES O PROBLEMAS DE INTERES PARA LA SALUD.

ARTICULO SETENTA Y CUATRO

1. EL PLAN INTEGRADO DE SALUD, QUE DEBERA TENER EN CUENTA LOS CRITERIOS DE COORDINACION GENERAL SANITARIA ELABORADOS POR EL GOBIERNO DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN EL ARTICULO 70, RECOGERA EN UN DOCUMENTO UNICO LOS PLANES ESTATALES, LOS PLANES DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y LOS PLANES CONJUNTOS.

ASIMISMO RELACIONARA LAS ASIGNACIONES A REALIZAR POR LAS DIFERENTES ADMINISTRACIONES PUBLICAS Y LAS FUENTES DE SU FINANCIACION.

2. EL PLAN INTEGRADO DE SALUD TENDRA EL PLAZO DE VIGENCIA QUE EN EL MISMO SE DETERMINE.

ARTICULO SETENTA Y CINCO

1. A EFECTOS DE LA CONFECCION DEL PLAN INTEGRADO DE SALUD, LAS COMUNIDADES AUTONOMAS REMITIRAN LOS PROYECTOS DE PLANES APROBADOS POR LOS ORGANISMOS COMPETENTES DE LAS MISMAS, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS ANTERIORES.

2. UNA VEZ COMPROBADA LA ADECUACION DE LOS PLANES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS A LOS CRITERIOS GENERALES DE COORDINACION, EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO CONFECCIONARA EL PLAN INTEGRADO DE SALUD, QUE CONTENDRA LAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTICULO 74 DE LA PRESENTE LEY.

ARTICULO SETENTA Y SEIS

1. EL PLAN INTEGRADO DE SALUD SE ENTENDERA DEFINITIVAMENTE FORMULADO UNA VEZ QUE TENGA CONOCIMIENTO DEL MISMO EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, QUE PODRA HACER LAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES QUE ESTIME PERTINENTES. CORRESPONDERA AL GOBIERNO LA APROBACION DEFINITIVA DE DICHO PLAN.

2. LA INCORPORACION DE LOS DIFERENTES PLANES DE SALUD ESTATALES Y AUTONOMICOS AL PLAN INTEGRADO DE SALUD IMPLICA LA OBLIGACION CORRELATIVA DE INCLUIR EN LOS PRESUPUESTOS DE LOS AÑOS SUCESIVOS LAS PREVISIONES NECESARIAS PARA SU FINANCIACION, SIN PERJUICIO DE LAS ADAPTACIONES QUE REQUIERA LA COYUNTURA PRESUPUESTARIA.

ARTICULO SETENTA Y SIETE
1. EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS PODRAN HACER LOS AJUSTES Y ADAPTACIONES QUE VENGAN EXIGIDOS POR LA VALORACION DE CIRCUNSTANCIAS O POR LAS DISFUNCIONES OBSERVADAS EN LA EJECUCION DE SUS RESPECTIVOS PLANES.

2. LAS MODIFICACIONES REFERIDAS SERAN NOTIFICADAS AL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO PARA SU REMISION AL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

3. ANUALMENTE, LAS COMUNIDADES AUTONOMAS INFORMARAN AL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO DEL GRADO DE EJECUCION DE SUS RESPECTIVOS PLANES. DICHO DEPARTAMENTO REMITIRA LA CITADA INFORMACION, JUNTO CON LA REFERENTE AL GRADO DE EJECUCION DE LOS PLANES ESTATALES, AL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

CAPITULO V DE LA FINANCIACION ARTICULO SETENTA Y OCHO LOS PRESUPUESTOS DEL ESTADO, COMUNIDADES AUTONOMAS, CORPORACIONES LOCALES Y SEGURIDAD SOCIAL CONSIGNARAN LAS PARTIDAS PRECISAS PARA ATENDER LAS NECESIDADES SANITARIAS DE TODOS LOS ORGANISMOS E INSTITUCIONES DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS Y PARA EL DESARROLLO DE SUS COMPETENCIAS.

ARTICULO SETENTA Y NUEVE 1. LA FINANCIACION DE LA ASISTENCIA PRESTADA SE REALIZARA CON CARGO A:

A) COTIZACIONES SOCIALES.

B) TRANSFERENCIAS DEL ESTADO, QUE ABARCARAN:

LA PARTICIPACION EN LA CONTRIBUCION DE AQUEL AL SOSTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

LA COMPENSACION POR LA EXTENSION DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL A AQUELLAS PERSONAS SIN RECURSOS ECONOMICOS.

LA COMPENSACION POR LA INTEGRACION, EN SU CASO, DE LOS HOSPITALES DE LAS CORPORACIONES LOCALES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

C) TASAS POR LA PRESTACION DE DETERMINADOS SERVICIOS.

D) POR APORTACIONES DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y DE LAS CORPORACIONES LOCALES.

2. LA PARTICIPACION EN LA FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE LAS CORPORACIONES LOCALES QUE DEBAN SER ASUMIDOS POR LAS COMUNIDADES AUTONOMAS SE LLEVARA A EFECTO, POR UN LADO, POR LAS PROPIAS CORPORACIONES LOCALES Y, POR OTRO, CON CARGO AL FONDO NACIONAL DE COOPERACION CON LAS CORPORACIONES LOCALES.

LAS CORPORACIONES LOCALES DEBERAN ESTABLECER, ADEMAS, EN SUS PRESUPUESTOS LAS CONSIGNACIONES PRECISAS PARA ATENDER A LAS RESPONSABILIDADES SANITARIAS QUE LA LEY LES ATRIBUYE.

ARTICULO OCHENTA EL GOBIERNO REGULARA EL SISTEMA DE FINANCIACION DE LA COBERTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS PERSONAS NO INCLUIDAS EN LA MISMA QUE, DE TRATARSE DE PERSONAS SIN RECURSOS ECONOMICOS, SERA EN TODO CASO CON CARGO A TRANSFERENCIAS ESTATALES.

ARTICULO OCHENTA Y UNO LA GENERALIZACION DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD Y A LA ATENCION SANITARIA QUE IMPLICA LA HOMOLOGACION DE LAS ATENCIONES Y PRESTACIONES DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO SE EFECTUARA MEDIANTE UNA ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS QUE TENGAN EN CUENTA TANTO LA POBLACION A ATENDER EN CADA COMUNIDAD AUTONOMA COMO LAS INVERSIONES SANITARIAS A REALIZAR PARA CORREGIR LAS DESIGUALDADES TERRITORIALES SANITARIAS, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO OCHENTA Y DOS LA FINANCIACION DE LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS SE EFECTUARA A TRAVES DE LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO O DE LA SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN CORRESPONDA.

EN EL CASO DE AQUELLAS COMUNIDADES AUTONOMAS QUE TUVIERAN COMPETENCIAS PARA ASUMIR LAS FUNCIONES DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, LA FINANCIACION DE ESTOS SERVICIOS TRANSFERIDOS SE REALIZARA SIGUIENDO EL CRITERIO DE POBLACION PROTEGIDA. NO OBSTANTE, ANTES DE EFECTUAR EL REPARTO SE DETERMINARAN, EN PRIMER LUGAR, LOS GASTOS PRESUPUESTARIOS NECESARIOS PARA LA ATENCION DE LOS SERVICIOS COMUNES ESTATALES Y LOS RELATIVOS A CENTROS ESPECIALES QUE, POR SU CARACTER, SEA PRECISO GESTIONAR DE FORMA CENTRALIZADA.

LA DESVIACION, POSITIVA O NEGATIVA, ENTRE EL PORCENTAJE DEL GASTO SANITARIO EN EL MOMENTO INICIAL Y EL PORCENTAJE DE LA POBLACION PROTEGIDA SERA ANULADA EN EL TRANSCURSO DE DIEZ AÑOS AL RITMO DE UN 10 POR 100 ANUAL.

LAS COMUNIDADES AUTONOMAS ELABORARAN ANUALMENTE EL ANTEPROYECTO DEL PRESUPUESTO GENERAL DE GASTOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS.

ESTE ANTEPROYECTO SE REMITIRA A LOS ORGANOS COMPETENTES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO PARA SU INTEGRACION Y ADAPTACION A LOS RECURSOS DISPONIBLES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, PRESENTANDOLO DESPUES A LAS CORTES GENERALES PARA SU APROBACION.

LOS CREDITOS INICIALES SERAN GLOBALMENTE INTEGRADOS EN EL PRESUPUESTO DE CADA EJERCICIO QUE SE AUTORICEN A FAVOR DE LA COMUNIDAD AUTONOMA Y TENDRAN CARACTER LIMITATIVO. NO OBSTANTE, EL PRESUPUESTO LIQUIDADO A FINAL DE LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS SE AFECTARA EN LA PROPORCION ADECUADA, A PARTIR DEL CRITERIO DE POBLACION PROTEGIDA, A LA DESVIACION PRESUPUESTARIA, POSITIVA O NEGATIVA, HABIDA EN LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS, DEDUCIDOS LOS GASTOS CORRESPONDIENTES A LOS SERVICIOS COMUNES ESTATALES Y LOS RELATIVOS PROPORCIONALMENTE A CENTROS ESPECIALES. LOS COMPROMISOS DE GASTOS QUE SE ADQUIERAN POR CUANTIA SUPERIOR DE SU IMPORTE DEBERAN SER FINANCIADOS CON RECURSOS APORTADOS POR LA PROPIA COMUNIDAD AUTONOMA, SALVO QUE PROVENGAN DE DISPOSICIONES VINCULANTES DICTADAS CON CARACTER GENERAL PARA TODO EL TERRITORIO DEL ESTADO, CUYO CUMPLIMIENTO LLEVE IMPLICITO UN INCREMENTO EFECTIVO DEL GASTO.

LA COMPENSACION ENTRE COMUNIDADES AUTONOMAS POR PRESTACIONES DE SERVICIOS SE REALIZARA EN BASE AL PAGO POR PROCESO Y, EN SU DEFECTO, POR LAS TARIFAS ESTABLECIDAS CON OTROS CRITERIOS.

ARTICULO OCHENTA Y TRES LOS INGRESOS PROCEDENTES DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LOS SUPUESTOS DE SEGUROS OBLIGATORIOS ESPECIALES Y EN TODOS AQUELLOS SUPUESTOS, ASEGURADOS O NO, EN QUE APAREZCA UN TERCERO OBLIGADO AL PAGO, TENDRAN LA CONDICION DE INGRESOS PROPIOS DEL SERVIVIO DE SALUD CORRESPONDIENTE. LOS GASTOS INHERENTES A LA PRESTACION DE TALES SERVICIOS NO SE FINANCIARAN CON LOS INGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. EN NINGUN CASO ESTOS INGRESOS PODRAN REVERTIR EN AQUELLOS QUE INTERVINIERON EN LA ATENCION A ESTOS PACIENTES.

A ESTOS EFECTOS, LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS QUE HUBIERAN ATENDIDO SANITARIAMENTE A LOS USUARIOS EN TALES SUPUESTOS TENDRAN DERECHO A RECLAMAR DEL TERCERO RESPONSABLE EL COSTE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

CAPITULO VI DEL PERSONAL ARTICULO OCHENTA Y CUATRO 1. EL PERSONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL REGULADO EN EL ESTATUTO JURIDICO DE PERSONAL MEDICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN EL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO TITULADO Y AUXILIAR DE CLINICA 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 AUTONOMAS, SE REGIRAN POR LO ESTABLECIDO EN EL ESTATUTO-MARCO QUE APROBARA EL GOBIERNO EN DESARROLLO DE ESTA LEY, TODO ELLO SIN PERJUICIO DE LO PREVISTO EN EL ARTICULO 87 DE ESTA LEY.

2. ESTE ESTATUTO-MARCO CONTENDRA LA NORMATIVA BASICA APLICABLE EN MATERIA DE CLASIFICACION, SELECCION, PROVISION DE PUESTOS DE TRABAJO Y SITUACIONES, DERECHOS, DEBERES, REGIMEN DISCIPLINARIO, INCOMPATIBILIDADES Y SISTEMA RETRIBUTIVO, GARANTIZANDO LA ESTABILIDAD EN EL EMPLEO Y SU CATEGORIA PROFESIONAL. EN DESARROLLO DE DICHA NORMATIVA BASICA, LA CONCRECION DE LAS FUNCIONES DE CADA ESTAMENTO DE LOS SEÑALADOS EN EL APARTADO ANTERIOR SE ESTABLECERA EN SUS RESPECTIVOS ESTATUTOS, QUE SE MANTENDRAN COMO TALES.

3. LAS NORMAS DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS EN MATERIA DE PERSONAL SE AJUSTARAN A LO PREVISTO EN DICHO ESTATUTO-MARCO. LA SELECCION DE PERSONAL Y SU GESTION Y ADMINISTRACION SE HARA POR LAS ADMINISTRACIONES RESPONSABLES DE

LOS SERVICIOS A QUE ESTEN ADSCRITOS LOS DIFERENTES EFECTIVOS.

4. EN LAS COMUNIDADES AUTONOMAS CON LENGUA OFICIAL PROPIA, EN EL PROCESO DE SELECCION DE PERSONAL Y DE PROVISION DE PUESTO DE TRABAJO DE LA ADMINISTRACION SANITARIA PUBLICA, SE TENDRA EN CUENTA EL CONOCIMIENTO DE AMBAS LENGUAS OFICIALES POR PARTE DEL CITADO PERSONAL, EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 19 DE LA LEY 30/1984.

ARTICULO OCHENTA Y CINCO 1. LOS FUNCIONARIOS AL SERVICIO DE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, A EFECTOS DEL EJERCICIO DE SUS COMPETENCIAS SANITARIAS, SE REGIRAN POR LA LEY 30/1984, DE 2 DE AGOSTO, Y EL RESTO DE LA LEGISLACION VIGENTE EN MATERIA DE FUNCIONARIOS.

2. IGUALMENTE, LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, EN EL EJERCICIO DE SUS COMPETENCIAS, PODRAN DICTAR NORMAS DE DESARROLLO DE LA LEGISLACION BASICA DEL REGIMEN ESTATUTARIO DE ESTOS FUNCIONARIOS.

ARTICULO OCHENTA Y SEIS EL EJERCICIO DE LA LABOR DEL PERSONAL SANITARIO DEBERA ORGANIZARSE DE FORMA QUE SE ESTIMULE EN LOS MISMOS LA VALORACION DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION Y SE DISMINUYAN LAS NECESIDADES DE ATENCIONES REPARADORAS DE LA ENFERMEDAD.

ARTICULO OCHENTA Y SIETE LOS RECURSOS HUMANOS PERTENECIENTES A LOS SERVICIOS DEL AREA SE CONSIDERARAN ADSCRITOS A DICHA UNIDAD DE GESTION, GARANTIZANDO LA FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO CONTINUADOS DEL PERSONAL SANITARIO ADSCRITO AL AREA.
EL PERSONAL PODRA SER CAMBIADO DE PUESTO POR NECESIDADES IMPERATIVAS DE LA ORGANIZACION SANITARIA, CON RESPETO DE TODAS LAS CONDICIONES LABORALES Y ECONOMICAS DENTRO DEL AREA DE SALUD.

TITULO IV DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS PRIVADAS CAPITULO PRIMERO DEL EJERCICIO LIBRE DE LAS PROFESIONES SANITARIAS ARTICULO OCHENTA Y OCHO SE RECONOCE EL DERECHO AL EJERCICIO LIBRE DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 35 Y 36 DE LA CONSTITUCION.

CAPITULO II DE LAS ENTIDADES SANITARIAS ARTICULO OCHENTA Y NUEVE SE RECONOCE LA LIBERTAD DE EMPRESA EN EL SECTOR SANITARIO, CONFORME AL ARTICULO 38 DE LA CONSTITUCION.

ARTICULO NOVENTA 1. LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS SANITARIAS, EN EL AMBITO DE SUS RESPECTIVAS COMPETENCIAS, PODRAN ESTABLECER CONCIERTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS SANITARIOS CON MEDIOS AJENOS A ELLAS.

A TALES EFECTOS, LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS TENDRAN EN CUENTA, CON CARACTER PREVIO, LA UTILIZACION OPTIMA DE SUS RECURSOS SANITARIOS PROPIOS.

2. A LOS EFECTOS DE ESTABLECIMIENTO DE CONCIERTOS, LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS DARAN PRIORIDAD, CUANDO EXISTAN ANALOGAS CONDICIONES DE EFICACIA, CALIDAD Y COSTES, A LOS ESTABLECIMIENTOS, CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE LOS QUE SEAN TITULARES ENTIDADES QUE TENGAN CARACTER NO LUCRATIVO.

3. LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS SANITARIAS NO PODRAN CONCERTAR CON TERCEROS LA PRESTACION DE ATENCIONES SANITARIAS, CUANDO ELLO PUEDA CONTRADECIR LOS OBJETIVOS SANITARIOS, SOCIALES Y ECONOMICOS ESTABLECIDOS EN LOS CORRESPONDIENTES PLANES DE SALUD.

4. LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS DENTRO DEL AMBITO DE SUS COMPETENCIAS FIJARAN LOS REQUISITOS Y LAS CONDICIONES MINIMAS, BASICAS Y COMUNES, APLICABLES A LOS CONCIERTOS A QUE SE REFIEREN LOS APARTADOS ANTERIORES. LAS CONDICIONES ECONOMICAS SE ESTABLECERAN EN BASE A MODULOS DE COSTES EFECTIVOS, PREVIAMENTE ESTABLECIDOS Y REVISABLES POR LA ADMINISTRACION.

5. LOS CENTROS SANITARIOS SUSCEPTIBLES DE SER CONCERTADOS POR LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS SANITARIAS DEBERAN SER PREVIAMENTE HOMOLOGADOS POR AQUELLAS, DE ACUERDO CON UN PROTOCOLO DEFINIDO POR LA ADMINISTRACION COMPETENTE, QUE PODRA SER REVISADO PERIODICAMENTE. 6. EN CADA CONCIERTO QUE SE ESTABLEZCA, ADEMAS DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES RECIPROCAS DE LAS PARTES, QUEDARA ASEGURADO QUE LA ATENCION SANITARIA Y DE TODO TIPO QUE SE PRESTE A LOS USUARIOS AFECTADOS POR EL CONCIERTO SERA LA MISMA PARA TODOS SIN OTRAS DIFERENCIAS QUE LAS SANITARIAS INHERENTES A LA NATURALEZA PROPIA DE LOS DISTINTOS PROCESOS SANITARIOS, Y QUE NO SE ESTABLECERAN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS RESPECTO DE LOS QUE EXISTAN EN LOS CENTROS SANITARIOS PUBLICOS DEPENDIENTES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA CONCERTANTE.

ARTICULO NOVENTA Y UNO 1. LOS CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS, SEAN O NO PROPIEDAD DE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, PODRAN PERCIBIR, CON CARACTER NO PERIODICO, SUBVENCIONES ECONOMICAS U OTROS BENEFICIOS O AYUDAS CON CARGO A FONDOS PUBLICOS, PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES SANITARIAS CALIFICADAS DE ALTO INTERES SOCIAL

2. EN NINGUN CASO LOS FONDOS A QUE SE REFIERE EL APARTADO ANTERIOR PODRAN SER APLICADOS A LA FINANCIACION DE LAS ACTIVIDADES ORDINARIAS DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO AL QUE SE LE HAYAN CONCEDIDO.

3. LA CONCESION DE ESTAS AYUDAS Y SU ACEPTACION POR LA ENTIDAD TITULAR DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO ESTARA SOMETIDA A LAS INSPECCIONES Y CONTROLES NECESARIOS PARA COMPROBAR QUE LOS FONDOS PUBLICOS HAN SIDO APLICADOS A LA REALIZACION DE LA ACTIVIDAD PARA LA QUE FUERON CONCEDIDOS Y QUE SU APLICACION HA SIDO GESTIONADA TECNICA Y ECONOMICAMENTE DE FORMA CORRECTA.

4. EL GOBIERNO DICTARA UN REAL DECRETO PARA DETERMINAR LAS CONDICIONES MINIMAS Y REQUISITOS MINIMOS, BASICOS Y COMUNES, EXIGIBLES PARA QUE UNA ACTIVIDAD SANITARIA PUEDA SER CALIFICADA DE ALTO INTERES SOCIAL, Y SER APOYADA ECONOMICAMENTE CON FONDOS PUBLICOS.

ARTICULO NOVENTA Y DOS 1. LA ADMINISTRACION SANITARIA FACILITARA LA LIBRE ACTIVIDAD DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS DE LA SANIDAD, DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO Y COOPERATIVAS DE TIPO SANITARIO, DE ACUERDO CON LA LEGISLACION APLICABLE, PROPICIANDO SU ACTUACION COORDINADA CON EL SISTEMA SANITARIO PUBLICO.

2. NO PODRAN 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 JURIDICAS CON ANIMO 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.

ARTICULO NOVENTA Y TRES NO PODRAN SER VINCULADOS LOS HOSPITALES Y ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR PRIVADO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, NI SE PODRAN ESTABLECER CONCIERTOS CON CENTROS SANITARIOS PRIVADOS, CUANDO EN ALGUNO DE SUS PROPIETARIOS O EN ALGUNO DE SUS TRABAJADORES CONCURRAN LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SOBRE INCOMPATIBILIDADES DEL SECTOR PUBLICO Y EL PRIVADO ESTABLEZCA LA LEGISLACION SOBRE INCOMPATIBILIDADES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS.

ARTICULO NOVENTA Y CUATRO 1. LOS HOSPITALES PRIVADOS VINCULADOS EN LA OFERTA PUBLICA ESTARAN SOMETIDOS A LAS MISMAS INSPECCIONES Y CONTROLES SANITARIOS, ADMINISTRATIVOS Y ECONOMICOS QUE LOS HOSPITALES PUBLICOS.

2. LA ADMINISTRACION PUBLICA CORRESPONDIENTE EJERCERA FUNCIONES DE INSPECCION SOBRE ASPECTOS SANITARIOS, ADMINISTRATIVOS Y ECONOMICOS RELATIVOS A CADA ENFERMO ATENDIDO POR CUENTA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA EN LOS CENTROS PRIVADOS CONCERTADOS.

TITULO V DE LOS PRODUCTOS FARMACEUTICOS

CAPITULO UNICO

ARTICULO NOVENTA Y CINCO 1. CORRESPONDE A LA ADMINISTRACION SANITARIA DEL ESTADO VALORAR LA IDONEIDAD SANITARIA DE LOS MEDICAMENTOS Y DEMAS PRODUCTOS Y ARTICULOS SANITARIOS. TANTO PARA AUTORIZAR SU CIRCULACION Y USO COMO PARA CONTROLAR SU CALIDAD.

2. PARA LA CIRCULACION Y USO DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS QUE SE LES ASIMILEN, SE EXIGIRA AUTORIZACION PREVIA. PARA LOS DEMAS PRODUCTOS Y ARTICULOS SANITARIOS SE PODRA EXIGIR AUTORIZACION PREVIA INDIVIDUALIZADA O EL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HOMOLOGACION.

NO PODRAN PRESCRIBIRSE Y SE REPUTARA CLANDESTINA LA CIRCULACION DE MEDICAMENTOS O PRODUCTOS SANITARIOS NO AUTORIZADOS U HOMOLADOS, CON LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS Y PENALES A QUE HUBIERE LUGAR.

3. SOLO SE AUTORIZARAN MEDICAMENTOS SEGUROS Y EFICACES CON LA DEBIDA CALIDAD Y PUREZA Y ELABORADOS POR PERSONA FISICA O JURIDICA CON CAPACIDAD SUFICIENTE.

4. EL PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACION ASEGURARA QUE SE SATISFACEN LAS GARANTIAS DE EFICACIA, TOLERANCIA, PUREZA, ESTABILIDAD E INFORMACION QUE MARQUEN LA LEGISLACION SOBRE MEDICAMENTOS Y DEMAS DISPOSICIONES QUE SEAN DE APLICACION. EN ESPECIAL SE EXIGIRA LA REALIZACION DE ENSAYOS CLINICOS CONTROLADOS.

5. TODAS LAS PERSONAS CALIFICADAS QUE PRESTEN SUS SERVICIOS EN LOS SERVICIOS SANITARIOS Y DE INVESTIGACION Y DE DESARROLLO TECNOLOGICO PUBLICOS TIENEN EL DERECHO DE PARTICIPAR Y EL DEBER DE COLABORAR EN LA EVALUACION Y CONTROL DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

ARTICULO NOVENTA Y SEIS 1. LA AUTORIZACION DE LOS MEDICAMENTOS Y DEMAS PRODUCTOS SANITARIOS SERA TEMPORAL Y, AGOTADA SU VIGENCIA, DEBERA REVALIDARSE. EL TITULAR DEBERA NOTIFICAR ANUALMENTE SU INTENCION DE MANTENERLOS EN EL MERCADO PARA QUE NO SE EXTINGA LA AUTORIZACION.

2. LA AUTORIDAD SANITARIA PODRA SUSPENDERLA O REVOCARLA POR CAUSA GRAVE DE SALUD PUBLICA.

ARTICULO NOVENTA Y SIETE LA ADMINISTRACION SANITARIA DEL ESTADO, DE ACUERDO CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES DE LOS QUE ESPAÑA SEA PARTE, OTORGARA A LOS MEDICAMENTOS UNA DENOMINACION OFICIAL ESPAÑOLA ADAPTADA A LAS DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, QUE SERA DE DOMINIO PUBLICO Y LO IDENTIFICARA APROPIADAMENTE EN LA INFORMACION A ELLOS REFERIDA Y EN SUS EMBALAJES, ENVASES Y ETIQUETAS.

LAS MARCAS COMERCIALES NO PODRAN CONFUNDIRSE NI CON LAS DENOMINACIONES OFICIALES ESPAÑOLAS NI CON LAS COMUNES INTERNACIONALES.

ARTICULO NOVENTA Y OCHO 1. EL GOBIERNO CODIFICARA LAS NORMAS DE CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS OBLIGATORIAS EN ESPAÑA.

2. EL FORMULARIO NACIONAL CONTENDRA LAS DIRECTRICES SEGUN LAS CUALES SE PREPARARAN, SIEMPRE CON SUSTANCIAS DE ACCION E INDICACION RECONOCIDAS, LAS FORMULAS MAGISTRALES POR LOS FARMACEUTICOS EN SUS OFICINAS DE FARMACIA. ARTICULO NOVENTA Y NUEVE LOS IMPORTADORES, FABRICANTES Y PROFESIONALES SANITARIOS TIENEN LA OBLIGACION DE COMUNICAR LOS EFECTOS ADVERSOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS, CUANDO DE ELLOS PUEDA DERIVARSE UN PELIGRO PARA LA VIDA O SALUD DE LOS PACIENTES.

ARTICULO CIENTO 1. LA ADMINISTRACION DEL ESTADO EXIGIRA LA LICENCIA PREVIA A LAS PERSONAS FISICAS O JURIDICAS QUE SE DEDIQUEN A LA IMPORTACION, ELABORACION, FABRICACION, DISTRIBUCION O EXPORTACION DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS Y A SUS LABORATORIOS Y ESTABLECIMIENTOS. ESTA LICENCIA HABRA DE REVALIDARSE PERIODICAMENTE.

2. LA ADMINISTRACION DEL ESTADO ESTABLECERA NORMAS DE ELABORACION, FABRICACION, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO.

3. LOS LABORATORIOS FABRICANTES Y LOS MAYORISTAS CONTARAN CON UN DIRECTOR TECNICO, FARMACEUTICO O TITULADO SUPERIOR SUFICIENTEMENTE CUALIFICADO, DE ACUERDO CON LAS DIRECTIVAS FARMACEUTICAS DE LA COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA.

ARTICULO CIENTO UNO 1. LA LICENCIA DE LOS MEDICAMENTOS Y DEMAS PRODUCTOS SANITARIOS Y DE LAS ENTIDADES A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 96, A SU OTORGAMIENTO Y ANUALMENTE DEVENGARAN, LAS TASAS NECESARIAS PARA CUBRIR LOS COSTES DE SU EVALUACION Y CONTROL. PARA EVITAR SOLICITUDES ESPECULATIVAS DE LICENCIAS, MODIFICACIONES Y REVALIDACIONES PERIODICAS, LA ADMINISTRACION PODRA EXIGIR FIANZA ANTES DE SU ADMISION A TRAMITE.

2. EN LA DETERMINACION DEL IMPORTE DE LAS TASAS Y FIANZAS SE TENDRAN EN CUENTA REGLAS OBJETIVAS TENDENTES A ESTIMULAR LA COMERCIALIZACION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS PECULIARES, PARA DAR ACCESO AL MERCADO A LAS EMPRESAS MEDIANAS Y PEQUEÑAS, POR RAZONES DE POLITICA INDUSTRIAL, O PARA FOMENTAR EL EMPLEO.

ARTICULO CIENTO DOS 1. LA PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES SE AJUSTARA A LAS CONDICIONES DE SU LICENCIA Y PODRA SER SOMETIDA A UN REGIMEN DE AUTORIZACION PREVIA POR LA ADMINISTRACION.

2. LA PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DIRIGIDA AL PUBLICO REQUERIRA SU CALIFICACION ESPECIAL Y AUTORIZACION PREVIA DE LOS MENSAJES POR LA AUTORIDAD SANITARIA.

ARTICULO CIENTO TRES 1. LA CUSTODIA, CONSERVACION Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS CORRESPONDERA:

A) A LAS OFICINAS DE FARMACIA LEGALMENTE AUTORIZADAS.

B) A LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE LOS HOSPITALES, DE LOS CENTROS DE SALUD Y DE LAS ESTRUCTURAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PARA SU APLICACION DENTRO DE DICHAS INSTITUCIONES O PARA LOS QUE EXIJAN UNA PARTICULAR VIGILANCIA, SUPERVISION Y CONTROL DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCION A LA SALUD.

2. LAS OFICINAS DE FARMACIA ABIERTAS AL PUBLICO SE CONSIDERAN ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS A LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL TITULO IV DE ESTA LEY.

3. LAS OFICINAS DE FARMACIA ESTARAN SUJETAS A LA PLANIFICACION SANITARIA EN LOS TERMINOS QUE ESTABLEZCA LA LEGISLACION ESPECIAL DE MEDICAMENTOS Y FARMACIAS.

4. SOLO LOS FARMACEUTICOS PODRAN SER PROPIETARIOS Y TITULARES DE LAS OFICINAS DE FARMACIA ABIERTAS AL PUBLICO.

TITULO VI DE LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACION

CAPITULO PRIMERO DE LA DOCENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ARTICULO CIENTO CUATRO

1. TODA LA ESTRUCTURA ASISTENCIAL DEL SISTEMA SANITARIO DEBE ESTAR EN DISPOSICION DE SER UTILIZADA PARA LA DOCENCIA PREGRADUADA, POSTGRADUADA Y CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES.

2. PARA CONSEGUIR UNA MAYOR ADECUACION EN LA FORMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO SE ESTABLECERA LA COLABORACION PERMANENTE ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y LOS DEPARTAMENTOS QUE CORRESPONDAN, EN PARTICULAR EL DE EDUCACION Y CIENCIA, CON OBJETO DE VELAR PORQUE TODA LA FORMACION QUE RECIBAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PUEDA ESTAR INTEGRADA EN LAS ESTRUCTURAS DE SERVICIOS DEL SISTEMA SANITARIO.

3. LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS COMPETENTES EN EDUCACION Y SANIDAD ESTABLECERAN EL REGIMEN DE CONCIERTOS ENTRE LAS UNIVERSIDADES Y LAS INSTITUCIONES SANITARIAS EN LAS QUE SE DEBE IMPARTIR ENSEÑANZA UNIVERSITARIA, A EFECTOS DE GARANTIZAR LA DOCENCIA PRACTICA DE LA MEDICINA Y ENFERMERIA Y OTRAS ENSEÑANZAS QUE ASI LO EXIGIERAN.

LAS BASES GENERALES DEL REGIMEN DE CONCIERTO PREVERAN LO PRECEPTUADO EN EL ARTICULO 149.1.30 DE LA CONSTITUCION.

4. LAS UNIVERSIDADES DEBERAN CONTAR, AL MENOS, CON UN HOSPITAL Y TRES CENTROS DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITARIOS O CON FUNCION UNIVERSITARIA PARA EL EJERCICIO DE LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACION, CONCERTADOS SEGUN SE ESTABLEZCA POR DESARROLLO DEL APARTADO ANTERIOR.

5. DICHOS CENTROS UNIVERSITARIOS O CON FUNCIONES UNIVERSITARIAS DEBERAN SER PROGRAMADOS, EN LO QUE AFECTA A LA DOCENCIA Y A LA INVESTIGACION, DE MANERA COORDINADA POR LAS AUTORIDADES UNIVERSITARIAS Y SANITARIAS, EN EL MARCO DE SUS

COMPETENCIAS. A ESTOS EFECTOS, DEBERA PREVERSE LA PARTICIPACION DE LA UNIVERSIDADES EN SUS ORGANOS DE GOBIERNO.

6. LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS COMPETENTES EN EDUCACION Y SANIDAD PROMOVERAN LA REVISION PERMANENTE DE LAS ENSEÑANZAS EN EL CAMPO SANITARIO PARA LA MEJOR ADECUACION DE LOS CONOCIMIENTOS PROFESIONALES A LAS NECESIDADES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA. ASIMISMO, DICHOS DEPARTAMENTOS FAVORECERAN LA FORMACION INTERDISCIPLINAR EN CIENCIAS DE LA SALUD Y LA ACTUALIZACION PERMANENTE DE CONOCIMIENTOS.

CAPITULO II DEL FOMENTO DE LA INVESTIGACION

ARTICULO CIENTO CINCO 1. EN EL MARCO DE LA PLANIFICACION ASISTENCIAL Y DOCENTE DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, EL REGIMEN DE CONCIERTO ENTRE LAS UNIVERSIDADES Y LAS INSTITUCIONES SANITARIAS PODRA ESTABLECER LA VINCULACION DE DETERMINADAS PLAZAS ASISTENCIALES DE LA INSTITUCION SANITARIA CON PLAZAS DOCENTES DE LOS CUERPOS DE PROFESORES DE UNIVERSIDAD. LAS PLAZAS ASI VINCULADAS SE PROVEERAN A TRAVES DE UN CONCURSO, EN EL QUE PODRAN PARTICIPAR LOS CANDIDATOS QUE REUNAN LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN LA LEY ORGANICA 11/1983, DE REFORMA UNIVERSITARIA, QUE ACREDITEN, ADEMAS, LA POSESION DEL TITULO DE ESPECIALISTA QUE PROCEDA Y LAS EXIGENCIAS QUE, EN CUANTO A SU CUALIFICACION ASISTENCIAL, SE DETERMINEN REGLAMENTARIAMENTE. LOS CONCURSOS SERAN RESUELTOS, SEGUN CORRESPONDA, EN LA FORMA QUE HACE REFERENCIA EL TITULO V DE LA LEY DE REFORMA UNIVERSITARIA Y SUS DISPOSICIONES DE DESARROLLO, CON LAS SIGUIENTES PARTICULARIDADES:

A) EL GOBIERNO, A PROPUESTA DE LOS MINISTERIOS DE EDUCACION Y CIENCIA Y DE SANIDAD Y CONSUMO, REGULARA LAS COMISIONES ENCARGADAS DE RESOLVER LOS CONCURSOS, QUE EN TODO CASO HABRAN DE CONTAR CON CINCO MIEMBROS, DE LOS QUE EL PRESIDENTE Y UN VOCAL SERAN NOMBRADOS POR LA UNIVERSIDAD ENTRE PROFESORES PERTENECIENTES A LOS CUERPOS DOCENTES UNIVERSITARIOS DEL AREA DE CONOCIMIENTO A QUE CORRESPONDA LA PLAZA. LOS TRES VOCALES RESTANTES SERAN NOMBRADOS POR LA UNIVERSIDAD, UNO DESIGNADO POR EL CONSEJO DE UNIVERSIDADES, MEDIANTE SORTEO DE ENTRE PROFESORES PERTENECIENTES A CUERPOS DOCENTES UNIVERSITARIOS DEL AREA DE CONOCIMIENTO RESPECTIVA, QUE OCUPEN PLAZA ASISTENCIAL EN CUALQUIER INSTITUCION SANITARIA; LOS DOS RESTANTES, PREVIA DESIGNACION DE LA INSTITUCION SANITARIA CORRESPONDIENTE.

B) EN LA PRIMERA PRUEBA DE LOS CONCURSOS, LAS COMISIONES DEBERAN VALORAR LOS MERITOS E HISTORIAL ACADEMICO E INVESTIGADOR Y LOS PROPIOS DE LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CANDIDATOS, EN LA FORMA QUE REGLAMENTARIAMENTE SE ESTABLEZCA.

C) EL GOBIERNO PODRA ESTABLECER, PARA DETERMINADAS PLAZAS, LA REALIZACION DE PRUEBAS PRACTICAS.

2. LOS CONCIERTOS PODRAN ESTABLECER ASIMISMO UN NUMERO DE PLAZAS DE PROFESORES ASOCIADOS QUE DEBERA CUBRIRSE POR PERSONAL ASISTENCIAL QUE ESTE PRESTANDO SERVICIOS EN LA INSTITUCION SANITARIA CONCERTADA. ESTE NUMERO NO SERA TENIDO EN CUENTA A EFECTOS DEL PORCENTAJE A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 33.3 DE LA

LEY DE REFORMA UNIVERSITARIA. ESTOS PROFESORES ASOCIADOS SE REGIRAN POR LO ESTABLECIDO EN DICHA LEY DE REFORMA UNIVERSITARIA Y SUS DISPOSICIONES DE DESARROLLO, CON LAS PECULIARIDADES QUE REGLAMENTARIAMENTE SE ESTABLEZCAN EN CUANTO AL REGIMEN TEMPORAL DE SUS CONTRATOS. LOS ESTATUTOS DE LA UNIVERSIDAD DEBERAN RECOGER FORMULAS ESPECIFICAS PARA REGULAR LA PARTICIPACION DE ESTOS PROFESORES EN LOS ORGANOS DE GOBIERNO DE LA UNIVERSIDAD.

3. LOS CONCIERTOS PODRAN PREVER ASIMISMO LA EXISTENCIA DE UN NUMERO DE PLAZAS DE AYUDANTES EN LAS PLANTILLAS DE LAS UNIVERSIDADES, QUE DEBERAN CUBRIRSE MEDIANTE CONCURSO PUBLICO ENTRE PROFESIONALES DE LAS AREAS DE LA SALUD QUE ESTEN EN POSESION DEL TITULO DE ESPECIALISTA, SIN QUE A ESTOS LES SEA DE APLICACION LOS REQUISITOS PREVIOS PARA SER CONTRATADOS Y LAS PREVISIONES EN CUANTO AL TITULO DE DOCTOR QUE SE MENCIONAN EN EL ARTICULO 34.3 DE LA LEY DE REFORMA UNIVERSITARIA.

4. PODRAN ACCEDER A LOS DISTINTOS TITULOS DE ESPECIALISTAS LOS AYUDANTES DOCTORES Y LOS PROFESORES QUE CUMPLAN LAS CONDICIONES QUE REGLAMENTARIAMENTE SE ESTABLEZCAN EN EL MARCO DE LAS NECESIDADES ASISTENCIALES Y DOCENTES. EL REGIMEN DE CONCIERTOS DEBERA GARANTIZAR A LOS AYUDANTES DE UNIVERSIDAD Y A LOS PROFESORES EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ANTES MENCIONADOS.

CAPITULO II DEL FOMENTO DE LA INVESTIGACION

ARTICULO CIENTO SEIS 1. LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACION HABRAN DE SER FOMENTADAS EN TODO EL SISTEMA SANITARIO COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA EL PROGRESO DEL MISMO.

2. LA INVESTIGACION EN BIOMEDICINA Y EN CIENCIAS DE LA SALUD HABRA DE DESARROLLARSE PRINCIPALMENTE EN FUNCION DE LA POLITICA NACIONAL DE INVESTIGACION Y LA POLITICA NACIONAL DE SALUD.

LA INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD HA DE CONTRIBUIR A LA PROMOCION DE LA SALUD DE LA POBLACION. ESTA INVESTIGACION DEBERA CONSIDERAR ESPECIALMENTE LA REALIDAD SOCIO-SANITARIA, LAS CAUSAS Y MECANISMOS QUE LA DETERMINEN, LOS MODOS Y MEDIOS DE INTERVENCION PREVENTIVA Y CURATIVA Y LA EVALUACION RIGUROSA DE LA EFICCACIA, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES.

ARTICULO CIENTO SIETE 1. CON EL FIN DE PROGRAMAR, ESTIMULAR, DESARROLLAR, COORDINAR, GESTIONAR, FINANCIAR Y EVALUAR LA INVESTIGACION, LOS DEPARTAMENTOS DE SANIDAD DEL ESTADO Y DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS PODRAN CREAR LOS ORGANISMOS DE INVESTIGACION QUE CONSIDEREN OPORTUNOS, DE ACUERDO CON LA POLITICA CIENTIFICA ESPAÑOLA.

2. DEBERAN COORDINARSE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACION Y DE ASIGNACION A LOS MISMOS DE RECUSOS PUBLICOS DE CUALQUIER PROCEDENCIA, A EFECTOS DE CONSEGUIR LA MAXIMA PRODUCTIVIDAD DE LAS INVERSIONES.

3. LOS ORGANISMOS DE INVESTIGACION TENDRAN CAPACIDAD PARA ESTABLECER SUS PROGRAMAS PRIORITARIOS Y PARA ACREDITAR UNIDADES DE INVESTIGACION. TENDRAN GARANTIZADA SU AUTONOMIA Y PODRAN

PROPORCIONARSE FINANCIACION DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS GENERALES SANITARIOS Y DE INVESTIGACION.

ARTICULO CIENTO OCHO EN LAS AREAS Y OBJETIVOS PRIORITARIOS SE DESARROLLARAN PROGRAMAS ESPECIFICOS DE FORMACION DE RECURSOS PARA CUBRIR LAS RESPECTIVAS NECESIDADES. SE REGULARA LA DEDICACION A LA INVESTIGACION DE QUIENES PARTICIPAN EN LA INFORMACION, ASISTENCIA, DOCENCIA Y ADMINISTRACION.

ARTICULO CIENTO NUEVE EN LA FINANCIACION DE LA INVESTIGACION SE TENDRAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

A) ESTABLECIMIENTO DE UN PRESUPUESTO ANUAL MINIMO DE INVESTIGACION, CONSISTENTE EN UN 1 POR 100 DE LOS PRESUPUESTOS GLOBALES DE SALUD, QUE SE ALCANZARA PROGRESIVAMENTE A PARTIR DE LA PROMULGACION DE LA PRESENTE LEY.

B) EVALUACION SANITARIA Y ECONOMICA DE LAS INVERSIONES EN INVESTIGACION.

ARTICULO CIENTO DIEZ CORRESPONDE A LA ADMINISTRACION SANITARIA DEL ESTADO VALORAR LA SEGURIDAD, EFICACIA Y EFICIENCIA DE LAS TECNOLOGIAS RELEVANTES PARA LA SALUD Y LA ASISTENCIA SANITARIA.

TITULO VII DEL INSTITUTO DE SALUD <CARLOS III>
CAPITULO UNICO
ARTICULO CIENTO ONCE DEPARTAMENTO DE SANIDAD DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO Y DE LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, EL INSTITUTO DE SALUD <CARLOS III>.

2. EL INSTITUTO DE SALUD <CARLOS III> TENDRA LA NATURALEZA DE ORGANISMO AUTONOMO DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO, ADSCRITO AL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

ARTICULO CIENTO DOCE 1. LA ESTRUCTURA, ORGANIZACION Y REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO DEL INSTITUTO DE SALUD <CARLOS III> SE REGULARA POR REAL DECRETO. EN TODO CASO, CONTARA CON UN CONSEJO DE DIRECCION CUYO PRESIDENTE SERA EL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO.

2. EL INSTITUTO DE SALUD <CARLOS III> DESARROLLARA SUS FUNCIONES EN COORDINACION CON EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 47 DE LA PRESENTE LEY Y EN COLABORACION CON OTRAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS. TALES FUNCIONES SERAN:

A) FORMACION ESPECIALIZADA DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LA SALUD Y GESTION SANITARIA.

B) MICROBIOLOGIA, VIROLOGIA E INMUNOLOGIA.

C) ALIMENTACION, METABOLISMO Y NUTRICION.

D) CONTROL DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

E) SANIDAD AMBIENTAL.

F) CONTROL DE PRODUCTOS BIOLOGICOS.

G) CONTROL SANITARIO DE ALIMENTOS.

H) CONTROL SANITARIO DE PRODUCTOS QUIMICOS POTENCIALMENTE PELIGROSOS.

I) EPIDEMIOLOGIA Y SISTEMAS DE INFORMACION.

J) CONTROL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS E INMUNOLOGICAS.

K) CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS.

L) INVESTIGACION CLINICA.

M) INVESTIGACIONES SOBRE GENETICA Y REPRODUCCION HUMANA.

N) CIENCIAS SOCIALES Y ECONOMICAS APLICADAS A LA SALUD.

FOMENTO Y COORDINACION DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACION BIOMEDICA Y SANITARIA, EN EL MARCO DE LA LEY DE FOMENTO Y COORDINACION GENERAL DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA Y TECNICA.

O) EDUCACION SANITARIA DE LA POBLACION.

P) CUALESQUIERA OTRAS DE INTERES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD QUE LE SEAN ASIGNADAS.

ARTICULO CIENTO TRECE EL INSTITUTO DE SALUD <CARLOS III>, ASI COMO LOS ORGANOS RESPONSABLES DE LA SANIDAD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, PODRAN PROPONER AL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO LA DESIGNACION COMO UNIDADES ASISTENCIALES DE REFERENCIA NACIONAL A AQUELLAS QUE ALCANCEN EL NIVEL SANITARIO DE INVESTIGACION Y DOCENCIA QUE REGLAMENTARIAMENTE SE DETERMINE PARA ACCEDER A TAL CONDICION.

EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DICTARA LAS NORMAS QUE REGULEN LA CONCESION DE LA ACREDITACION DE UNIDADES DE REFERENCIA NACIONAL, EL ACCESO A DICHAS UNIDADES DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA Y EL REGIMEN ECONOMICO A ELLAS APLICABLE.

DISPOSICIONES ADICIONALES PRIMERA. 1. EN LOS CASOS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO Y DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA, LA FINANCIACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL ESTADO SE REGIRA, EN TANTO EN CUANTO AFECTE A SUS RESPECTIVOS SISTEMAS DE CONCIERTOS O CONVENIOS, POR LO QUE ESTABLECEN, RESPECTIVAMENTE, SU ESTATUTO DE AUTONOMIA Y LALEY DE REINTEGRACION Y AMEJORAMIENTO DEL FUERO.

2. EN EL CASO DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO, NO OBSTANTE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 82, LA FINANCIACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL QUE SE TRANSFIERA, SERA LA QUE SE ESTABLEZCA EN LOS CONVENIOS A QUE HACE

REFERENCIA LA DISPOSICION TRANSITORIA QUINTA DEL ESTATUTO DE AUTONOMIA DEL PAIS VASCO.

SEGUNDA. EL GOBIERNO ADOPTARA LOS CRITERIOS BASICOS MINIMOS Y COMUNES EN MATERIA DE INFORMACION SANITARIA. AL OBJETO DE DESARROLLAR LO ANTERIOR, PODRAN ESTABLECERSE CONVENIOS CON LAS COMUNIDADES AUTONOMAS.

TERCERA. SE REGULARA, CON LA FLEXIBILIDAD ECONOMICO-PRESUPUESTARIA QUE REQUIERE LA NATURALEZA COMERCIAL DE SUS OPERACIONES, EL ORGANO ENCARGADO DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE ESTUPEFACIENTES, SEGUN LO DISPUESTO EN LOS TRATADOS INTERNACIONALES, LA MEDICACION EXTRANJERA Y URGENTE NO AUTORIZADA EN ESPAÑA, EL DEPOSITO ESTRATEGICO PARA EMERGENCIAS Y CATASTROFES, LAS ADQUISICIONES PARA PROGRAMAS DE COOPERACION INTERNACIONAL Y LOS SUMINISTROS DE VACUNAS Y OTROS QUE SE PRECISEN EN EL EJERCICIO DE FUNCIONES COMPETENCIA DE LA ADMINISTRCION DEL ESTADO.

CUARTA. LA DISTRIBUCION Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS ZOOSANITARIOS SE REGULARA POR SU LEGISLACION CORRESPONDIENTE.

QUINTA. EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, A LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL ARTICULO 10, APARTADO 14, Y EN EL ARTICULO 18.4, SE FINANCIARAN CON FONDOS PUBLICOS LOS NUEVOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS MAS EFICACES O MENOS COSTOSOS QUE LOS YA DISPONIBLES. PODRAN EXCLUIRSE, EN TODO O EN PARTE, DE LA FINANCIACION PUBLICA O SOMETERSE A CONDICIONES ESPECIALES, LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS YA DISPONIBLES, CUYAS INDICACIONES SEAN SINTOMATOLOGICAS, CUYA EFICACIA NO ESTE PROBADA O LOS INDICADOS PARA AFECCIONES SIEMPRE QUE HAYA PARA ELLOS UNA ALTERNATIVA TERAPEUTICA MEJOR O IGUAL Y MENOS COSTOSA.

SEXTA. 1. LOS CENTROS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL QUEDARAN INTEGRADOS EN EL SERVICIO DE SALUD SOLO EN LOS CASOS EN QUE LA COMUNIDAD AUTONOMA HAYA SUMIDO COMPETENCIAS EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, DE ACUERDO CON SU ESTATUTO. EN LOS RESTANTES CASOS, LA RED SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL SE COORDINARA CON EL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTONOMA.

2. LA COORDINACION DE LOS CENTROS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL CON LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS QUE NO HAYAN ASUMIDO COMPETENCIAS EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, SE REALIZARA MEDIANTE UNA COMISION INTEGRADA POR REPRESENTANTES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO Y DE LA COMUNIDAD AUTONOMA, CUYO PRESIDENTE SERA DESIGNADO POR EL ESTADO EN LA FORMA QUE REGLAMENTARIAMENTE SE DETERMINE.

SEPTIMA. LOS CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS QUE FORMAN PARTE DEL PATRIMONIO UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL CONTINUARAN TITULADOS A NOMBRE DE LA TESORERIA GENERAL, SIN PERJUICIO DE SU

ADSCRIPCION FUNCIONAL A LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS SANITARIAS.

OCTAVA. 1. A LOS EFECTOS DE APLICACION DEL CAPITULO VI DEL TITULO III DE ESTA LEY SE ENTENDERA COMPRENDIDO EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL A QUE HACE REFERENCIA LA DISPOSICION TRANSITORIA CUARTA DE LA LEY DE MEDIDAS PARA LA REFORMA DE LA FUNCION PUBLICA.

2. EN CUANTO AL PERSONAL FUNCIONARIO AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL REGULADO EN LA DISPOSICION TRANSITORIA TERCERA DE LA LEY DE MEDIDAS PARA LA REFORMA DE LA FUNCION PUBLICA, SE ESTARA A LO DISPUESTO EN ESTA NORMA.

NOVENA. 1. EL GOBIERNO APROBARA 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 FORMACION DE LOS PLANES INTEGRADOS DE SALUD.

2. PARA LA FORMACION DEL PRIMER PLAN INTEGRADO DE SALUD, EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO DEBERA PONER EN CONOCIMIENTO DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS LOS CRITERIOS GENERALES DE COORDINACION Y DEMAS CIRCUNSTANCIAS A QUE ALUDE EL ARTICULO 70 DE LA PRESENTE LEY EN EL PLAZO MAXIMO DE DIECIOCHO MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA MISMA.

DECIMA. EL NOMBRAMIENTO COMO DIRECTORES TECNICOS DE EXTRANJEROS, AL QUE ALUDE EL ARTICULO 100.3, SOLO SE AUTORIZARA CUANDO ASI LO ESTABLEZCAN LOS TRATADOS INTERNACIONALES SUSCRITOS POR ESPAÑA Y LOS ESPAÑOLES GOCEN DE RECIPROCIDAD EN EL PAIS DEL QUE AQUELLOS SEAN NACIONALES.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS PRIMERA. 1. LAS CORPORACIONES LOCALES QUE EN LA ACTUALIDAD DISPONEN DE SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS QUE LLEVEN A CABO ACTUACIONES QUE EN LA PRESENTE LEY SE ADSCRIBAN A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, ESTABLECERAN DE MUTUO ACUERDO CON LOS GOBIERNOS DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS UN PROCESO DE TRANSFERENCIA DE LOS MISMOS.

2. NO OBSTANTE LO ESTABLECIDO EN EL APARTADO ANTERIOR, LA ADSCRIPCION FUNCIONAL A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 50.2 DE LA PRESENTE LEY SE PRODUCIRA EN LA MISMA FECHA EN QUE QUEDEN CONSTITUIDOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS. DESDE ESTE INSTANTE, LAS COMUNIDADES AUTONOMAS FINANCIARAN 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 AUTONOMAS PODRAN ESTABLCER ACUERDOS A EFECTOS DE LA FINANCIACION DE LAS INVERSIONES NUEVAS Y LAS DE CONSERVACION, MEJORA Y SUSTITUCION DE LOS ESTABLECIMIENTOS.

4. EN TODO CASO, HASTA TANTO ENTRE EN VIGOR EL REGIMEN DEFINITIVO DE FINANCIACION DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, LAS CORPORACIONES LOCALES CONTRIBUIRAN A LA FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE AQUELLAS EN UNA CANTIDAD IGUAL A LA ASIGNADA EN SUS PRESUPUESTOS, QUE SE ACTUALIZARA ANUALMENTE PARA LA FINANCACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS ADSCRITOS FUNCIONALMENTE A DICHOS SERVICIOS. NO SE CONSIDERARAN, A ESTOS EFECTOS, LAS CANTIDADES QUE PUEDAN PROCEDER DE CONCIERTOS CON EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD.

5. LAS CANTIDADES CORRESPONDIENTES A LOS CONCIERTOS A QUE SE REFIERE EL APARTADO ANTERIOR SE ASIGNARAN DIRECTAMENTE A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS CUANDO SE PRODUZCA LA ADSCRIPCION FUNCIONAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN EL APARTADO 2 DE LA PRESENTE DISPOSICION TRANSITORIA.

SEGUNDA. EL GOBIERNO, TENIENDO EN CUENTA EL CARACTER EXTRATERRITORIAL DEL TRABAJO MARITIMO, DETERMINARA EN SU MOMENTO LA OPORTUNA COORDINACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS GESTIONADOS POR EL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA CON LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD.

TERCERA. 1. EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD CONTINUARA SUBSISTIENDO Y EJERCIENDO LAS FUNCIONES QUE TIENE ATRIBUIDAS, EN TANTO NO SE HAYA CULMINADO EL PROCESO DE TRANSFERENCIAS A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS CON COMPETENCIA EN LA MATERIA.

2. LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DEBERAN ACORDAR LA CREACION, ORGANIZACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE SUS SERVICIOS DE SALUD EN EL PLAZO MAXIMO 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 AUTONOMAS 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 CELEBRARA CON AQUELLAS ACUERDOS Y CONVENIOS PARA A IMPLANTACION PAULATINA DE LO ESTABLECIDO EN LA MISMA Y PARA CONSEGUIR UN FUNCIONAMIENTO INTEGRADO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

CUARTA. LAS POSIBLES TRANSFERENCIAS A REALIZAR EN MATERIA DE GESTION DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL A FAVOR DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, QUE PUEDAN ASUMIR DICHA GESTION, DEBERAN ACOMODARSE A LOS PRINCIPIOS ESTABLECIDOS EN ESTA LEY.

QUINTA. LA EXTENSION DE LA ASISTENCIA SANITARIA PUBLICA A LA QUE SE REFIEREN LOS ARTICULOS 3.2, Y 20 DE LA PRESENTE LEY SE EFECTUARA DE FORMA PROGRESIVA.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS PRIMERA. QUEDAN DEROGADAS CUANTAS DISPOSICIONES DE IGUAL O INFERIOR RANGO CONTRADIGAN LO DISPUESTO EN LA PRESENTE LEY.

EL GOBIERNO, EN EL PLAZO DE DOCE MESES DESDE LA PUBLICACION DE ESTA LEY, PUBLICARA 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 REORGANIZACION Y ADAPTACION A LAS PREVISIONES DE ESTA LEY.

DISPOSICIONES FINALES PRIMERA. CON OBJETO DE ALCANZAR LOS OBJETIVOS QUE EN MATERIA DE FORMACION PREGRADUADA, POSGRADUADA Y ESPECIALIZACION SANITARIA SE SEÑALAN EN EL TITULO VI, EL GOBIERNO, EN EL PLAZO DE DIECIOCHO MESES A PARTIR DE LA PUBLICACION DE LA PRESENTE LEY, REGULARIZARA, ACLARARA Y ARMONIZARA LOS SIGUIENTES TEXTOS LEGALES:

LA BASE TERCERA DEL LEY DE 25 DE NOVIEMBRE DE 1944, SOBRE LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD.

EL PARRAFO SEGUNDO DEL ARTICULO PRIMERO DE LA LEY 37/1962, DE 21 DE JULIO, SOBRE LOS HOSPITALES COMO CENTROS DE FORMACION Y ESPECIALIZACION.

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 PROFESION MEDICA.

LA LEY 24/1982, DE 16 DE JUNIO, SOBRE PRACTICAS Y ENSEÑANZAS SANITARIAS ESPECIALIZADAS.

REAL DECRETO 127/1984, DE 11 DE ENERO, POR EL QUE SE REGULA LA FORMACION MEDICA ESPECIALIZADA Y LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA.

LAS CITADAS DISPOSICIONES, ASI COMO LAS CORRESPONDIENTES A LA FORMACION Y ESPECIALIZACION DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, SERAN DEBIDAMENTE ACTUALIZADAS.

SEGUNDA. HASTA TANTO LOS SISTEMAS PUBLICOS 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 PUBLICACION DE LA PRESENTE LEY, PROCEDERA A LA ARMONIZACION Y REFUNDICION DE:

1. LA ASISTENCIA SANITARIA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, EN LOS CASOS DE MATERNIDAD, DE ENFERMEDAD COMUN O PROFESIONAL Y DE ACCIDENTES, SEAN O NO DE TRABAJO A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 20.1.A) DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE 30 DE MAYO DE 1974, Y DISPOSICIONES CONCORDANTES, TANTO DEL REGIMEN GENERAL COMO DE LOS REGIMENES ESPECIALES, INCLUIDOS LOS REGULADOS POR LEYES ESPECIFICAS: AGRARIO, TRABAJADORES DEL MAR Y FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO Y AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACION DE JUSTICIA Y LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 195 DE LA LEY 85/1978, DE 28 DE DICIEMBRE.

2. LA ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA A LOS FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS DE LA ADMINISTRACION LOCAL.

3. LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SANIDAD NACIONAL A QUE SE REFIERE LA LEY DE 25 DE NOVIEMBRE DE 1944; EL ARTICULO SEGUNDO, APARTADO UNO; DISPOSICION FINAL QUINTA, APARTADO DOS, DEL DECRETO-LEY 13/1972, DE 29 DE DICIEMBRE, Y DISPOSICIONES CONCORDANTES, INCLUIDA LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA, DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LA CORRESPONDIENTE A LA BENEFICIENCIA GENERAL DEL ESTADO.

4. LA ASISTENCIA SANITARIA GENERAL Y BENEFICA 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 REGIMEN LOCAL Y DISPOSICIONES CONCORDANTES.

5. LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS INTERNOS PENITENCIARIOS A QUE SE REFIEREN LOS ARTICULOS 3.
Y 4.
DE LA LEY 1/1979, DE 26 DE SEPTIEMBRE, Y DISPOSICIONES CONCORDANTES.

6. LA ASISTENCIA SANITARIA A MUTILADOS CIVILES Y MILITARES COMO CONSECUENCIA DE ACCIONES DE GUERRA O DEFENSA DEL ORDEN PUBLICO Y LA SEGURIDAD CIUDADANA.
TERCERA. 1. EL GOBIERNO, MEDIANTE REAL DECRETO, A PROPUESTA CONJUNTA DE LOS MINISTERIOS INTERESADOS, DISPONDRA:

A) LA PARTICIPACION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGIA, MEDICINA FORENSE, SERVICIOS MEDICOS DEL REGISTRO CIVIL Y SANIDAD PENITENCIARIA.

B) LA PARTICIPACION Y COLABORACION DE LOS HOSPITALES MILITARES Y SERVICIOS SANITARIOS DE LAS FUERZAS ARMADAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, Y SU ARMONIZACION CON LO PREVISTO EN LOS ARTICULOS 195 Y 196 DE LA LEY 85/1978, PARA GARANTIZAR, DENTRO DE SUS POSIBILIDADES, SU APOYO AL SISTEMA NACIONAL DE SANIDAD.

C) LA PLENA INTEGRACION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LOS HOSPITALES CLINICOS O UNIVERSITARIOS Y LAS PECULIARIDADES DERIVADAS DE SUS FUNCIONES DE ENSEÑANZA, FORMACION E INVESTIGACION.
D) LA PARTICIPACION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LOS LABORATORIOS DE ADUANAS Y DEL CONTROL DE LA EXPORTACIONES E IMPORTACIONES.

LA ADMINISTRACION DEL ESTADO Y DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, EN EL AMBITO DE SUS COMPETENCIAS, DISPONDRAN SOBRE LA PARTICIPACION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LOS LABORATORIOS DE INVESTIGACION AGRARIA Y GANADERA Y, EN GENERAL, DE CUALESQUIERA OTROS CENTROS Y SERVICIOS QUE PUEDAN COADYUVAR A LOS FINES E INTERESES GENERALES DE LA PROTECCION DE LA SALUD.

2. EL GOBIERNO, MEDIANTE REAL DECRETO, A PROPUESTA CONJUNTA DE LOS MINISTERIOS INTERESADOS, DISPONDRA QUE LOS CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE LAS MUTUAS DE

ACCIDENTES, MUTUALIDADES E INSTITUCIONES PUBLICAS O PRIVADAS SIN ANIMO DE LUCRO, PUEDAN SER OBJETO DE INTEGRACION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, SIEMPRE QUE REUNAN LAS CONDICIONES Y REQUISITOS MINIMOS.

CUARTA. EL GOBIERNO, MEDIANTE REAL DECRETO ACORDADO EN EL PLAZO MAXIMO DE DIECIOCHO MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA PRESENTE LEY, ESTABLECERA CON CARACTER GENERAL LOS REQUISITOS TECNICOS MINIMOS PARA LA APROBACION Y HOMOLOGACION DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS DE LOS CENTROS Y SERVICIOS.

QUINTA. PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE LA PRESENTE LEY Y RESPETANDO LA ACTUAL DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS, EL GOBIERNO, EN EL PLAZO MAXIMO DE DIECIOCHO MESES, A PARTIR DE LA PUBLICACION DE LA MISMA, REFUNDIRA, REGULARIZARA, ACLARARA Y ARMONIZARA, DE ACUERDO CON LOS ACTUALES CONOCIMIENTOS EPIDEMIOLOGICOS, TECNICOS Y CIENTIFICOS, CON LAS NECESIDADES SANITARIAS Y SOCIALES DE LA POBLACION Y CON LA EXIGENCIA DEL SISTEMA SANITARIO, LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES:

1. LEY 45/1978, DE 7 DE OCTUBRE PARRAFO TERCERO DE SU DISPOSICION ADICIONAL , SOBRE ORIENTACION Y PLANIFICACION FAMILIAR.

2. LEY 13/1982, DE 7 DE ABRIL ARTICULO 9 Y CONCORDANTES , SOBRE ORIENTACION Y PLANIFICACION FAMILIAR, CONSEJO GENETICO, ATENCION PRENATAL Y PERINATAL, DETECCION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA SUBNORMALIDAD Y MINUSVALIAS.

3. LEY DE 12 DE JULIO DE 1941 SOBRE SANIDAD INFANTIL Y MATERNAL.

4. LEY 39/1979, DE 30 DE NOVIEMBRE DISPOSICION ADICIONAL QUINTA, APARTADO SEGUNDO , SOBRE PROHIBICION DE LA PUBLICIDAD DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

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 PLANIFICACION, EJECUCION Y CONTROL DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SANIDAD ESCOLAR.

7. LAS BASES 4. , 6. , 7. , 8. , 9. , 10, 11, 12, 13, 14 Y 15 DE LA LEY DE 25 DE NOVIEMBRE DE 1944, SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, DESINFECCION Y DESINSECTACION, ESTADISTICAS SANITARIAS, TUBERCULOSIS, REUMATISMO, CARDIOPATIAS, PALUDISMO, TRACOMA, ENFERMEDADES SEXUALES, LEPRA, DERMATOSIS, CANCER, SANIDAD MATERNAL E INFANTIL, HIGIENE MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIATRICA.

8. LA BASE 25 PARRAFO TERCERO Y SIGUIENTE DE LA LEY DE 25 DE NOVIEMBRE DE 1944 Y LA LEY 13/1980, DE 31 DEMARZO ARTICULO 9., 1, Y DISPOSICION ADICIONAL , SOBRE HIGIENE E INSPECCION SANITARIA DE LA EDUCACION FISICA Y DEL DEPORTE.

9. LA LEY DE 14 DE ABRIL DE 1955 Y LA LEY DE 26 DE DICIEMBRE DE 1958, SOBRE ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y ANTITUBERCULOSA, EN CUANTO CONTINUEN VIGENTES CONFORME A LA DISPOSICION ADICIONAL QUINTA, 2, DEL DECRETO-LEY 13/1972, DE 29 DE DICIEMBRE.

10. LAS BASES 17 Y 26 DE LA LEY DE 25 DE NOVIEMBRE DE 1944 SOBRE ZOONOSIS TRANSMISIBLES DE HIGIENE DE LA ALIMENTACION.

SEXTA. SE AUTORIZA AL GOBIERNO PARA APROBAR MEDIANTE REAL DECRETO UN TEXTO UNICO EN MATERIA DE PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES, ACLARANDO, REGULARIZANDO Y ARMONIZANDO LAS NORMAS VIGENTES, ATENIENDOSE A LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS:

1. SE FIJARAN LOS NIVELES Y VALORES ADMISIBLES DE EXPOSICION PROFESIONAL A LOS AGENTES NOCIVOS PARA TRATAR DE PREVENIR LOS DAÑOS A LA SALUD FISICA, PSIQUICA Y SOCIAL; CONTEMPLANDO PARTICULARMENTE LA PREVENCION, TANTO DE LOS EFECTOS NOCIVOS A CORTO PLAZO COMO DE LOS EFECTOS NOCIVOS PARA LA FUNCION REPRODUCTORA Y LOS RIESGOS DE MUTAGENESIS, CARCINOGENESIS Y TERATOGENESIS. 2.

SE ESTABLECERAN LAS MODALIDADES DE DETERMINACION Y ACTUALIZACION DE LOS NIVELES O VALORES ADMISIBLES DE LOS FACTORES DE NOCIVIDAD DE ORIGEN QUIMICO, FISICO, BIOLOGICO Y PSICOLOGICO.

SEPTIMA. EL REGLAMENTO DE REGIMEN INTERIOR DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SERA APROBADO POR EL MISMO Y COMUNICADO A LAS ADMINISTRACIONES REPRESENTADAS EN SU SENO.

OCTAVA. EL GOBIERNO, MEDIANTE REAL DECRETO, ADOPTARA LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA LA ACTUACION CONJUNTA DE VARIAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS 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 TECNICOS DE LA COMUNIDADES AUTONOMAS U OTRAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS, NOVENA. SE AUTORIZA AL GOBIERNO PARA ADAPTAR LA ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LOS ORGANISMOS Y ENTIDADES ADSCRITOS AL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y, ENTRE ELLOS, EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD A LOS PRINCIPIOS ESTABLECIDOS EN LA PRESENTE LEY, ASI COMO PARA REGULAR LA ORGANIZACION Y REGIMEN Y DESARROLLAR LAS COMPETENCIAS DE LOS ORGANISMOS AUTONOMOS ESTATALES QUE EN ESTA LEY SE CREAN.

DECIMA. A LOS EFECTOS DE ESTA LEY, SE CONSIDERAN FUNCIONARIOS SANITARIOS DE LAS ENTIDADES GESTORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL LOS INCLUIDOS EN LOS CUERPOS Y ESCALAS SANITARIOS DEL ESTATUTO DE PERSONAL DEL EXTINGUIDO INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION, DE ASESORES MEDICOS DEL EXTINGUIDO MUTUALISMO LABORAL Y DE LA ESCALA DE INSPECTORES MEDICOS DEL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA.

UNDECIMA. SE AUTORIZA AL GOBIERNO PARA FUSIONAR O INTEGRAR CUERPOS Y FUNCIONARIOS SANITARIOS DE LAS ADMINISTRACIONES

PUBLICAS Y ENTIDADES GESTORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, A EFECTOS DE FACILITAR LA GESTION DEL PERSONAL Y HOMOLOGAR LOS REGIMENES JURIDICOS DE LA RELACION DE EMPLEO, SIN PERJUICIO DE LAS ATRIBUCIONES QUE CONFIERE AL GOBIERNO EL ARTICULO 26.4 DE LA LEY DE MEDIDAS PARA LA REFORMA DE LA FUNCION PUBLICA.

DUODECIMA. EL GOBIERNO DETERMINARA LAS CONDICIONES Y EL REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, EN RELACION CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS QUE TIENE ADSCRITAS LA SEGURIDAD SOCIAL EN MATERIA DE INVALIDOS, INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA E INVALIDEZ PROVISIONAL.

DECIMOTERCERA. SE ADSCRIBEN AL INSTITUTO DE SALUD <CARLOS III>:

A) EL CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION.

B) EL CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGIA, VIROLOGIA E INMUNOLOGIA SANITARIA.

C) EL CENTRO NACIONAL DE FARMACOBIOLOGIA.

D) EL CENTRO NACIONAL DE SANIDAD AMBIENTAL.

E) LA ESCUELA DE SANIDAD NACIONAL Y LA ESCUELA DE GERENCIA HOSPITALARIA.

F) EL COMPLEJO SANITARIO DEL HOSPITAL DEL REY.

DECIMOCUARTA. SE AUTORIZA AL GOBIERNO PARA MODIFICAR LOS MECANISMOS DE PROTECCION SANITARIA DE LOS DIFERENTES REGIMENES PUBLICOS EXISTENTES, ACOMODANDOLOS A LOS PRINCIPIOS ESTABLECIDOS EN LA PRESENTE LEY.

DECIMOQUINTA. PARA UNA MEJOR UTILIZACION DE LOS RECURSOS HUMANOS, EL PERSONAL A QUE SE REFIEREN LOS ARTICULOS 84 Y 85 DE ESTA LEY PODRA OCUPAR INDISTINTAMENTE PUESTOS DE TRABAJO EN LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS DEL ESTADO O DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS, SIN PERJUICIO DE LOS REQUISITOS DE TITULACION Y OTROS QUE SE EXIJAN EN LAS RELACIONES DE PUESTOS DE TRABAJO DE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES.

POR TANTO, MANDO A TODOS LOS ESPAÑOLES, PARTICULARES Y AUTORIDADES, QUE GUARDEN Y HAGAN GUARDAR ESTA LEY.

JUAN CARLOS R.

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO,FELIPE GONZALEZ MARQUEZ