Códigos electrónicos

Código del Sistema Sanitario Normativa Autonómica

Selección y ordenación:
Mª José Aguado Abad

Edición actualizada a 17 de junio de 2025

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

La última versión de este Código en PDF y ePUB está disponible para su descarga **gratuita** en:
www.boe.es/biblioteca_juridica/

Alertas de actualización en Mi BOE: www.boe.es/mi_boe/

Para adquirir el Código en formato papel: tienda.boe.es

Esta obra está sujeta a licencia Creative Commons de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional, (CC BY-NC-ND 4.0).

© Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado
NIPO (PDF): 786-17-115-3
NIPO (ePUB): 786-17-116-9
NIPO (Papel): 786-17-114-8
ISBN: 978-84-340-2433-5
Depósito Legal: M-27713-2017

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado
cpage.mpr.gob.es

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado
Avenida de Manoteras, 54
28050 MADRID
www.boe.es

SUMARIO

§ 1. Nota de autor 1

1. INSTITUCIONES SANITARIAS

1.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

§ 2. Ley 11/1999, de 30 de noviembre, de creación de la empresa pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén) 2

§ 3. Ley 3/2006, de 19 de junio, de creación de la Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir 5

§ 4. Ley 11/2007, de 26 de noviembre, Reguladora del Consejo Genético, de protección de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos y de los bancos de ADN humano en Andalucía 12

§ 5. Ley 1/2024, de 21 de junio, de creación del Instituto de Salud de Andalucía 26

1.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 6. Ley 3/2005, de 12 de mayo, de creación de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos 40

1.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 7. Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud 53

1.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

§ 8. Ley 1/2011, de 24 de febrero, de transformación de fundaciones del sector público sanitario de las Illes Balears y de determinación del régimen jurídico de las fundaciones públicas sanitarias 75

1.5 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 9. Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, de Salud Mental de Navarra por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea . . 79

§ 10. Ley Foral 1/2013, de 30 de enero, por la que se crea y se regula el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra 93

2. CENTROS SANITARIOS

2.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 11. Ley 12/2014, de 18 de diciembre, de medidas para la efectiva integración del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución en el Servicio Aragonés de Salud 102

2.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

§ 12. Ley 3/2000, de 17 de julio, para la creación de un complejo hospitalario y sociosanitario en la zona norte de la isla de Tenerife 105

§ 13. Ley 4/2000, de 17 de julio, para la creación de un complejo hospitalario y sociosanitario en la zona sur y suroeste de la isla de Tenerife 108

2.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

§ 14. Ley 3/2016, de 21 de marzo, para el funcionamiento pleno del Hospital Santa María del Rosell como hospital general 111

2.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 15. Ley 2/2010, de 12 de marzo, de integración del "Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián" y de su personal en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en régimen de gestión directa 115

2.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA

§ 16. Ley 7/2017, de 30 de marzo, sobre acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario 118

3. SERVICIOS DE SALUD

3.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

§ 17. Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud 126

3.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 18. Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud 132

3.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 19. Ley 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud 149

3.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 20. Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura. [Inclusión parcial] 167

3.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

§ 21. Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. [Inclusión parcial] 172

3.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

§ 22. Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears. [Inclusión parcial] 174

§ 23. Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears. [Inclusión parcial] 183

3.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

§ 24. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. [Inclusión parcial] 188

3.8 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 25. Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud. [Inclusión parcial] 194

3.9 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 26. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud. [Inclusión parcial] 202

3.10 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 27. Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud. [Inclusión parcial] 209

3.11 COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA

§ 28. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. [Inclusión parcial] 224

4. PRESTACIONES SANITARIAS

4.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

§ 29. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias 232

4.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 30. Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria 275

§ 31. Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria 318

4.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 32. Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León 327

§ 33. Decreto-ley 2/2012, de 25 de octubre, por el que se adoptan medidas urgentes en materia Sanitaria 359

§ 34. Decreto-ley 1/2019, de 28 de febrero, sobre medidas urgentes en materia de sanidad 368

4.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

§ 35. Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha 377

§ 36. Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha 408

4.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 37. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria 413

§ 38. Ley 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud 451

4.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 39. Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura 456

4.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

§ 40. Ley 12/2013, de 9 de diciembre, de garantías de prestaciones sanitarias 463

4.8 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

§ 41. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid 478

§ 42. Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de medidas en materia sanitaria 539

§ 43. Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid 546

§ 44. Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud 550

§ 45. Ley 7/2018, de 26 de diciembre, de Atencion a la Salud Bucodental y de creacion del Programa de Atencion Dental Infantil - Comunidad de Madrid 565

4.9 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 46. Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi 577

4.10 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 47. Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de zonificación Sanitaria de Navarra 606

§ 48. Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, reguladora del Programa de Evaluación y Actuación sobre las Listas de Espera Quirúrgicas Programadas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 614

§ 49. Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada 616

§ 50. Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero, sobre atención sanitaria, continuada y urgente 621

5. ESPECIALIDADES

5.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 51. Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud Escolar 623

5.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 52. Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria 629

5.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 53. Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar 634

5.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 54. Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud Escolar 643

5.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 55. Ley 7/1982, de 30 de junio, de Salud Escolar 648

5.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 56. Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud Escolar para el Principado de Asturias 654

ÍNDICE SISTEMÁTICO

§ 1. Nota de autor 1

1. INSTITUCIONES SANITARIAS

1.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

§ 2. Ley 11/1999, de 30 de noviembre, de creación de la empresa pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén) 2

Preámbulo 2
Artículos 3
Disposiciones adicionales 4
Disposiciones finales 4

§ 3. Ley 3/2006, de 19 de junio, de creación de la Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir . . . 5

Preámbulo 5
Artículos 7
Disposiciones adicionales 9
Disposiciones finales 9

§ 4. Ley 11/2007, de 26 de noviembre, Reguladora del Consejo Genético, de protección de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos y de los bancos de ADN humano en Andalucía 12

Preámbulo 12
TÍTULO I. Disposiciones generales 14
TÍTULO II. Análisis genéticos 16
CAPÍTULO I. Disposiciones comunes 16
CAPÍTULO II. Análisis genéticos con fines de asistencia sanitaria 17
CAPÍTULO III. Análisis genéticos con fines de investigación biomédica. 19
TÍTULO III. Bancos de ADN humano 22
TÍTULO IV. Régimen sancionador 23
Disposiciones adicionales 24
Disposiciones transitorias 25
Disposiciones derogatorias 25
Disposiciones finales 25

§ 5. Ley 1/2024, de 21 de junio, de creación del Instituto de Salud de Andalucía 26

Preámbulo 26
CAPÍTULO I. Objeto, naturaleza, régimen jurídico y fines 31
CAPÍTULO II. Recursos económicos y humanos. 32
CAPÍTULO III. Propiedad intelectual e industrial 34
Disposiciones adicionales 35
Disposiciones transitorias 36
Disposiciones derogatorias 37
Disposiciones finales 37

1.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 6. Ley 3/2005, de 12 de mayo, de creación de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos. 40

Preámbulo 40
CAPÍTULO I. Creación, naturaleza y objeto 42
CAPÍTULO II. Órganos rectores. 45
CAPÍTULO III. Régimen económico 47
Disposiciones adicionales 50
Disposiciones transitorias 51
Disposiciones derogatorias 51
Disposiciones finales 51

1.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 7. Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud 53

Preámbulo 53
CAPÍTULO I. Disposiciones generales 56
CAPÍTULO II. Organización 58
CAPÍTULO III. Prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios 63
CAPÍTULO IV. Contratación, impugnación de los actos y responsabilidad 63
CAPÍTULO V. Régimen de personal, económico y patrimonial 64
Disposiciones adicionales 68
Disposiciones transitorias 70
Disposiciones derogatorias 70
Disposiciones finales 71

1.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

§ 8. Ley 1/2011, de 24 de febrero, de transformación de fundaciones del sector público sanitario de las Illes Balears y de determinación del régimen jurídico de las fundaciones públicas sanitarias 75

Preámbulo 75
Artículos 77
Disposiciones adicionales 78
Disposiciones transitorias 78
Disposiciones derogatorias 78
Disposiciones finales 78

1.5 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 9. Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, de Salud Mental de Navarra por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 79

Preámbulo 79
CAPÍTULO I. Disposiciones generales. Estructura de la Dirección de Salud Mental. La Red de Salud Mental . . 80
CAPÍTULO II. Organización de la dirección de salud mental 84
CAPÍTULO III. Órganos consultivos y de participación 88
CAPÍTULO IV. De la forma de provisión de cargos y jefaturas 90
Disposiciones adicionales 90
Disposiciones transitorias 91
Disposiciones finales 91

§ 10. Ley Foral 1/2013, de 30 de enero, por la que se crea y se regula el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra . . . 93

Preámbulo . . . 93
Artículos . . . 94
Disposiciones adicionales . . . 100
Disposiciones transitorias . . . 101
Disposiciones derogatorias . . . 101
Disposiciones finales . . . 101

2. CENTROS SANITARIOS

2.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 11. Ley 12/2014, de 18 de diciembre, de medidas para la efectiva integración del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución en el Servicio Aragonés de Salud . . . 102

Preámbulo . . . 102
Artículos . . . 104
Disposiciones adicionales . . . 104
Disposiciones finales . . . 104

2.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

§ 12. Ley 3/2000, de 17 de julio, para la creación de un complejo hospitalario y sociosanitario en la zona norte de la isla de Tenerife. . . . 105

Preámbulo . . . 105
Artículos . . . 106
Disposiciones adicionales . . . 107

§ 13. Ley 4/2000, de 17 de julio, para la creación de un complejo hospitalario y sociosanitario en la zona sur y suroeste de la isla de Tenerife . . . 108

Preámbulo . . . 108
Artículos . . . 109
Disposiciones adicionales . . . 110

2.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

§ 14. Ley 3/2016, de 21 de marzo, para el funcionamiento pleno del Hospital Santa María del Rosell como hospital general . . . 111

Preámbulo . . . 111
Artículos . . . 113
Disposiciones adicionales . . . 113
Disposiciones transitorias . . . 113
Disposiciones finales . . . 114

2.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 15. Ley 2/2010, de 12 de marzo, de integración del "Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián" y de su personal en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en régimen de gestión directa. . . . 115

Preámbulo . . . 115
Artículos . . . 116

Disposiciones adicionales 116
Disposiciones finales 116

2.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA

§ 16. Ley 7/2017, de 30 de marzo, sobre acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario 118

Preámbulo 118
Artículos 120
Disposiciones derogatorias 125
Disposiciones finales 125

3. SERVICIOS DE SALUD

3.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

§ 17. Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud 126

Preámbulo 126
CAPÍTULO I. Naturaleza y atribuciones 127
CAPÍTULO II. Estructura 127
CAPÍTULO III. Ordenación funcional 128
CAPÍTULO IV. Medios materiales y personales. 128
CAPÍTULO V. Hacienda, presupuestos y contabilidad 129
CAPÍTULO VI. Régimen jurídico 130
Disposiciones adicionales 130
Disposiciones transitorias 130
Disposiciones derogatorias 131
Disposiciones finales 131

3.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 18. Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud 132

Preámbulo 132
Artículos 133
Disposiciones adicionales 133
Disposiciones derogatorias 133
Disposiciones finales 133
ANEXO. Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud 134
CAPÍTULO I. Disposiciones generales 134
CAPÍTULO II. Estructura orgánica 136
CAPÍTULO III. Estructura territorial. 138
CAPÍTULO IV. Estructuras sanitarias en el Sistema de Salud 140
CAPÍTULO V. Asignación. 145
CAPÍTULO VI. Régimen económico-financiero 146
CAPÍTULO VII. Régimen jurídico 147

3.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 19. Ley 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud 149

Preámbulo 149
Artículos 152
Disposiciones adicionales 154
Disposiciones transitorias 154
Disposiciones derogatorias 155

Disposiciones finales 155
ANEXO. Estatuto del Servicio Cántabro de Salud 157
TÍTULO I. Disposiciones generales. 157
TÍTULO II. Funciones y potestades. 158
TÍTULO III. Organización y distribución de competencias. 159
CAPÍTULO I. Disposiciones generales 159
CAPÍTULO II. Del Consejo de Dirección 160
CAPÍTULO III. Del Director Gerente, de los Subdirectores y de la estructura orgánica 160
CAPÍTULO IV. Del Consejo Asesor de Salud 161
TÍTULO IV. Recursos humanos 163
TÍTULO V. Patrimonio y recursos económicos. 164
TÍTULO VI. Contratación, régimen económico-financiero y control 164
TÍTULO VII. Responsabilidad patrimonial, impugnaciones, revisión de oficio y representación y defensa en juicio 165

3.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 20. Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura. [Inclusión parcial] 167

[. . .]

TÍTULO VI. Recursos y procedimientos en salud pública 167
CAPÍTULO I. De la cartera de servicios 167
CAPÍTULO II. De los laboratorios de salud pública. 168
CAPÍTULO III. Intervención administrativa en materia de salud pública 168
CAPÍTULO IV. De la supervisión, vigilancia y control de actividades 170

[. . .]

3.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

§ 21. Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. [Inclusión parcial]. 172

[. . .]

TÍTULO VI. Del Servicio Gallego de Salud. 172
CAPÍTULO I. Principios generales 172

[. . .]

3.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

§ 22. Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears. [Inclusión parcial] 174

Artículos 174

[. . .]

[. . .]

TÍTULO V. El Servicio de Salud de las Illes Balears 175
CAPÍTULO I. Disposiciones generales 175
CAPÍTULO II. Estructura y organización 176
CAPÍTULO III. Régimen jurídico 178
CAPÍTULO IV. Régimen financiero y presupuestario. 179
CAPÍTULO V. Ordenación funcional de los servicios asistenciales 180
CAPÍTULO VI. Relaciones con la iniciativa privada. 181

[. . .]

§ 23. Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears. [Inclusión parcial] 183

[. . .]

TÍTULO III. Cartera de Servicios de Salud Pública 183

[. . .]

TÍTULO VII. La Agencia de Salud Pública de las Illes Balears 184
CAPÍTULO I. Disposiciones generales 184
CAPÍTULO II. Estructura de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears 185
CAPÍTULO III. Régimen económico, presupuestario, contable y patrimonial 185
CAPÍTULO IV. Régimen de personal 186

[. . .]

Disposiciones adicionales 186
Disposiciones derogatorias 187
Disposiciones finales 187

3.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

§ 24. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. [Inclusión parcial] 188

[. . .]

TÍTULO IV. Del Servicio Murciano de Salud 188

[. . .]

3.8 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 25. Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud. [Inclusión parcial] 194

[. . .]

TÍTULO VII. Del Servicio Riojano de Salud 194
CAPÍTULO I. Objeto y naturaleza 194
CAPÍTULO II. Funciones y actividades 194
CAPÍTULO III. Personal 195
CAPÍTULO IV. Medios materiales y recursos patrimoniales 195
CAPÍTULO V. Régimen de financiación, presupuestos, contabilidad e intervención-contratación administrativa y régimen jurídico de los actos 196
CAPÍTULO VI. Estructura del Servicio Riojano de Salud 198

[. . .]

3.9 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 26. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud. [Inclusión parcial] 202

[. . .]

TÍTULO VI. Del Servicio Navarro de Salud 202
CAPÍTULO I. Naturaleza y fines 202
CAPÍTULO II. Estructura orgánica 203
Sección 1ª. Órgano directivo 203
Sección 2ª. Órganos de gestión 204
Sección 3ª. Órganos de participación 205
CAPÍTULO III. Organización de las demarcaciones territoriales sanitarias 205
Sección 1ª. De la Región Sanitaria 205

Sección 2ª. De las Áreas de Salud . . . 205
Sección 3ª. De las estructuras de atención primaria . . . 205
CAPÍTULO IV. De la asistencia especializada . . . 206
CAPÍTULO V. Régimen jurídico de los actos . . . 207
CAPÍTULO VI. Patrimonio . . . 207
CAPÍTULO VII. Hacienda y presupuesto . . . 207

[. . .]

3.10 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 27. Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud. [Inclusión parcial] . . . 209

[. . .]

TÍTULO III. Del Sistema de Salud del Principado de Asturias . . . 209
CAPÍTULO I. Definición y componentes . . . 209
CAPÍTULO II. Usuarios del SESPA y Sistema de Información Poblacional . . . 210
CAPÍTULO III. Ordenación territorial . . . 211
CAPÍTULO IV. Ordenación funcional del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias . . . 212
Sección 1.ª Actividades del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias . . . 212
Sección 2.ª De los niveles asistenciales del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias y de su funcionamiento como red integrada de servicios . . . 215
CAPÍTULO V. El Plan de Salud . . . 218
CAPÍTULO VI. Participación social . . . 219
CAPÍTULO VII. Cooperación . . . 222

[. . .]

3.11 COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA

§ 28. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. [Inclusión parcial] . . . 224

[. . .]

TÍTULO III. El Sistema Valenciano de Salud . . . 224
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 224
CAPÍTULO II. Planificación . . . 227
CAPÍTULO III. Ordenación territorial . . . 228
CAPÍTULO IV. Medios personales . . . 229
CAPÍTULO V. El Sistema de Información Poblacional (SIP) y los documentos de identificación y acreditación sanitaria . . . 230
CAPÍTULO VI. Participación ciudadana . . . 231

[. . .]

4. PRESTACIONES SANITARIAS

4.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

§ 29. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias . . . 232

Preámbulo . . . 232
TÍTULO PRELIMINAR . . . 234
TÍTULO I. Sistema Canario de la Salud . . . 234
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 234
CAPÍTULO II. Derechos y deberes de los ciudadanos en el Sistema Canario de la Salud . . . 235
Sección 1.ª Derechos . . . 235
Sección 2.ª Deberes . . . 238
Sección 3.ª Efectividad de los derechos y los deberes . . . 239

CAPÍTULO III. Plan de Salud de Canarias . . . 239
CAPÍTULO IV. Órganos de dirección y participación del Sistema Canario de la Salud . . . 241
Sección 1.ª Órganos de dirección . . . 241
Sección 2.ª Órgano superior de participación . . . 241
TÍTULO II. Estructura pública sanitaria de Canarias . . . 242
CAPÍTULO I. Definición y funciones . . . 242
CAPÍTULO II. Intervención administrativa de las actividades que pueden repercutir sobre la salud . . . 244
CAPÍTULO III. Asistencia sanitaria . . . 246
CAPÍTULO IV. Infracciones y sanciones . . . 248
CAPÍTULO V. Competencias de las Administraciones públicas de Canarias . . . 250
Sección 1.ª Competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias . . . 250
Sección 2.ª Competencias de los entes locales insulares y municipales . . . 251
TÍTULO III. Servicio Canario de la Salud . . . 252
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 252
CAPÍTULO II. Atribuciones de los órganos de gobierno de la Administración de la Comunidad Autónoma respecto del Servicio Canario de la Salud . . . 254
CAPÍTULO III. Órganos centrales . . . 254
Sección 1.ª Consejo de Dirección . . . 255
Sección 2.ª Director del Servicio Canario de Salud . . . 256
Sección 3.ª Otros órganos centrales . . . 257
CAPÍTULO IV. Áreas de Salud . . . 257
Sección 1.ª Disposiciones generales . . . 257
Sección 2.ª Organización . . . 258
Subsección 1.ª Órganos de dirección . . . 258
Subsección 2.ª Órgano de participación . . . 260
Subsección 3.ª Órganos de prestación de servicios sanitarios . . . 261
CAPÍTULO V. Red Hospitalaria de Utilización Pública . . . 265
CAPÍTULO VI. Centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud . . . 267
CAPÍTULO VII. Medios personales . . . 267
CAPÍTULO VIII. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 268
CAPÍTULO IX. Régimen económico-financiero . . . 268
CAPÍTULO X. Régimen de impugnación de los actos . . . 269
TÍTULO IV. Docencia e investigación . . . 269
CAPÍTULO I. Docencia . . . 269
CAPÍTULO II. Investigación . . . 270
Disposiciones adicionales . . . 271
Disposiciones transitorias . . . 273
Disposiciones derogatorias . . . 274
Disposiciones finales . . . 274

4.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 30. Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria . . . 275
Preámbulo . . . 275
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 281
TÍTULO II. Del sistema sanitario público de Cantabria . . . 282
CAPÍTULO I. Definición, características y estructura . . . 282
CAPÍTULO II. Organización territorial del sistema sanitario público de Cantabria . . . 284
CAPÍTULO III. Organización funcional del sistema sanitario público de Cantabria . . . 284
CAPÍTULO IV. Personal del sistema sanitario público de Cantabria . . . 286
CAPÍTULO V. Financiación del sistema sanitario público de Cantabria . . . 287
TÍTULO III. De los ciudadanos en el sistema autonómico de salud . . . 287
CAPÍTULO I. Derechos de los ciudadanos en relación con la salud y la asistencia sanitaria . . . 287
CAPÍTULO II. Deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria . . . 294
CAPÍTULO III. La participación . . . 295
CAPÍTULO IV. Garantías de los derechos y deberes de los ciudadanos . . . 296
TÍTULO IV. De las Administraciones Públicas en el Sistema Sanitario Público de Cantabria . . . 297
TÍTULO V. Del plan de salud de Cantabria . . . 299
TÍTULO VI. De las actuaciones en materia de salud . . . 300
CAPÍTULO I. Actuaciones relacionadas con la salud pública . . . 300
CAPÍTULO II. Actuaciones relacionadas con la salud laboral . . . 301
CAPÍTULO III. Actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria y los medicamentos . . . 301
CAPÍTULO IV. Actuaciones relacionadas con la historia clínica . . . 302

CAPÍTULO V. Intervención administrativa en materia sanitaria . . . 304
CAPÍTULO VI. Infracciones y sanciones . . . 306
TÍTULO VII. De la colaboración con la red sanitaria de titularidad privada . . . 309
TÍTULO VIII. De la docencia y la investigación sanitarias en el sistema autonómico de salud . . . 312
TÍTULO IX. De la Fundación «Marqués de Valdecilla» . . . 313
CAPÍTULO I. Naturaleza y fines . . . 313
CAPÍTULO II. Organización . . . 313
CAPÍTULO III. El Instituto de Formación e Investigación «Marqués de Valdecilla» . . . 313
CAPÍTULO IV. Del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria . . . 313
Disposiciones adicionales . . . 313
Disposiciones transitorias . . . 316
Disposiciones derogatorias . . . 316
Disposiciones finales . . . 317

§ 31. Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria . . . 318

Preámbulo . . . 318
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 320
TÍTULO II. Tiempos máximos de respuesta y sistema de garantías . . . 322
TÍTULO III. Medios de información sobre listas de espera . . . 324
Disposiciones adicionales . . . 325
Disposiciones transitorias . . . 325
Disposiciones derogatorias . . . 325
Disposiciones finales . . . 325

4.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 32. Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León . . . 327

Preámbulo . . . 327
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 330
TÍTULO I. Los usuarios del Sistema de Salud de Castilla y León . . . 331
TÍTULO II. Competencias en materia de sanidad . . . 332
TÍTULO III. El Sistema Público de Salud de Castilla y León . . . 334
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 334
CAPÍTULO II. Ordenación territorial . . . 335
CAPÍTULO III. Ordenación funcional . . . 336
CAPÍTULO IV. Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública . . . 339
TÍTULO IV. El Servicio de Salud de Castilla y León . . . 340
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 340
CAPÍTULO II. Funciones y planes . . . 341
CAPÍTULO III. Estructura y organización . . . 342
CAPÍTULO IV. Recursos humanos y medios materiales . . . 344
Sección Primera. Recursos Humanos . . . 344
Sección Segunda. Medios materiales . . . 344
CAPÍTULO V. Régimen económico financiero . . . 344
CAPÍTULO VI. Régimen jurídico . . . 345
TÍTULO V. Participación y asesoramiento en el Sistema de Salud de Castilla y León . . . 346
TÍTULO VI. Planificación, calidad y acreditación . . . 348
CAPÍTULO I. Planificación . . . 348
CAPÍTULO II. Calidad y acreditación . . . 349
TÍTULO VII. Formación e investigación . . . 350
CAPÍTULO I. Formación . . . 350
CAPÍTULO II. Investigación . . . 351
TÍTULO VIII. Las relaciones con la iniciativa privada . . . 351
TÍTULO IX. Intervención pública en materia sanitaria . . . 352
TÍTULO X. Régimen sancionador . . . 354
CAPÍTULO I. Infracciones y sanciones . . . 354
CAPÍTULO II. Potestad sancionadora . . . 356
Disposiciones adicionales . . . 357
Disposiciones transitorias . . . 357
Disposiciones derogatorias . . . 358
Disposiciones finales . . . 358

ANEXO . . . 358

§ 33. Decreto-ley 2/2012, de 25 de octubre, por el que se adoptan medidas urgentes en materia Sanitaria . . . 359

Preámbulo . . . 359
CAPÍTULO I. Medidas en materia de personal del Sistema Público de Salud . . . 362
CAPÍTULO II. Medidas en materia de Ordenación del Sistema Público de Salud . . . 364
Disposiciones adicionales . . . 365
Disposiciones transitorias . . . 365
Disposiciones derogatorias . . . 366
Disposiciones finales . . . 366

§ 34. Decreto-ley 1/2019, de 28 de febrero, sobre medidas urgentes en materia de sanidad . . . 368

Preámbulo . . . 368
TÍTULO I. Medidas en materia de productividad variable de los profesionales de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud . . . 371
TÍTULO II. Medidas para el reconocimiento e incentivación de los puestos de difícil cobertura en el ámbito de atención primaria de la Gerencia Regional de Salud . . . 373
TÍTULO III. Medidas en materia de fidelización de los licenciados sanitarios especialistas en medicina familiar y comunitaria . . . 374
TÍTULO IV. Medidas para la implementación del servicio de transporte a demanda en los supuestos de carencia de profesionales . . . 374
Disposiciones adicionales . . . 375
Disposiciones derogatorias . . . 375
Disposiciones finales . . . 375
ANEXO I. Índices de ponderación para la distribución de la productividad variable . . . 375
ANEXO II. Índices de ponderación para la distribución de la productividad variable del personal directivo . . . 375
ANEXO III. Criterios objetivos para valorar la calificación de un puesto como de difícil cobertura/provisión . . . 376

4.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

§ 35. Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha . . . 377

Preámbulo . . . 377
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 380
TÍTULO II. De los ciudadanos . . . 381
TÍTULO III. Del Defensor del Usuario del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha . . . 381
TÍTULO IV. Plan de Salud de Castilla-La Mancha . . . 382
TÍTULO V. Del sistema sanitario . . . 383
CAPÍTULO I. Concepto y características . . . 383
CAPÍTULO II. Del Consejo de Salud de Castilla-La Mancha . . . 384
CAPÍTULO III. De las funciones y actuaciones del Sistema Sanitario . . . 386
Sección 1.ª De las funciones . . . 386
Sección 2.ª Actuaciones . . . 386
Sección 3.ª Intervención administrativa en relación con la salud individual y colectiva . . . 387
Sección 4.ª De las infracciones y sanciones . . . 389
CAPÍTULO IV. Financiación . . . 393
TÍTULO VI. De la estructura del Sistema Sanitario . . . 393
CAPÍTULO I. De la organización territorial . . . 393
CAPÍTULO II. Ordenación funcional . . . 394
CAPÍTULO III. De la Atención Sociosanitaria . . . 396
CAPÍTULO IV. Colaboración con otras entidades . . . 396
TÍTULO VII. De la docencia e investigación . . . 398
TÍTULO VIII. De las competencias de las Administraciones Públicas . . . 399
CAPÍTULO I. De la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha . . . 399
CAPÍTULO II. De las Corporaciones Locales . . . 401
TÍTULO IX. Del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha . . . 401
CAPÍTULO I. Principios generales . . . 401
CAPÍTULO II. Organización y estructura . . . 402
Sección 1.ª Órganos de administración . . . 402
Sección 2.ª Estructura asistencial . . . 404
CAPÍTULO III. Del régimen jurídico de los actos y patrimonio . . . 404

CAPÍTULO IV. Del personal . . . 405
CAPÍTULO V. Del régimen económico y financiero . . . 406
Disposiciones adicionales . . . 406
Disposiciones transitorias . . . 407
Disposiciones derogatorias . . . 407
Disposiciones finales . . . 407

§ 36. Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha . . . 408

Preámbulo . . . 408
Artículos . . . 409
Disposiciones transitorias . . . 411
Disposiciones finales . . . 411
Disposiciones derogatorias . . . 412

4.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 37. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria . . . 413

Preámbulo . . . 413
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 416
TÍTULO II. Del Servicio Catalán de la salud . . . 416
TÍTULO III. Competencias de la Administración de la Generalidad . . . 420
TÍTULO IV. Estructura y ordenación del Servicio Catalán de la Salud . . . 423
CAPÍTULO I. Estructura y organización centrales . . . 423
Sección 1.a El Consejo de Dirección . . . 423
Sección 2.a El Director . . . 425
Sección 3.a El Consejo Catalán de la Salud . . . 426
CAPÍTULO II. De la Región Sanitaria . . . 426
Sección 1.a El Consejo de Dirección de la Región Sanitaria . . . 428
Sección 2.a El Gerente de la Región Sanitaria . . . 429
Sección 3.a El Consejo de Salud . . . 430
CAPÍTULO III. Ordenación sanitaria territorial . . . 430
Sección 1.a El Sector Sanitario . . . 430
Sección 2.a El Área Básica de Salud . . . 432
CAPÍTULO IV. Ordenación funcional de los servicios sanitarios de cobertura pública: el Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña . . . 433
CAPÍTULO V. Medios personales . . . 435
CAPÍTULO VI. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 435
CAPÍTULO VII. Régimen financiero, presupuestario y contable . . . 436
CAPÍTULO VIII. Régimen de impugnación de los actos, responsabilidad, representación y defensa en juicio . . . 438
TÍTULO V. El Plan de Salud de Cataluña . . . 439
TÍTULO VI. Competencias de los Consejos Comarcales y los Ayuntamientos . . . 440
CAPÍTULO I. Competencias de los Consejos Comarcales . . . 440
CAPÍTULO II. Competencias de los Ayuntamientos . . . 440
TÍTULO VII. Instituto de Estudios de la Salud . . . 441
CAPÍTULO I. Docencia e investigación sanitarias . . . 441
CAPÍTULO II. Del Instituto de Estudios de la Salud . . . 442
Disposiciones adicionales . . . 442
Disposiciones transitorias . . . 446
Disposiciones derogatorias . . . 449
Disposiciones finales . . . 449

§ 38. Ley 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud . . . 451

Preámbulo . . . 451
Artículos . . . 452
Disposiciones adicionales . . . 453
Disposiciones transitorias . . . 455
Disposiciones derogatorias . . . 455
Disposiciones finales . . . 455

4.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 39. Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura . . . 456

Preámbulo . . . 456
TÍTULO PRELIMINAR . . . 458
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 458
TÍTULO II. Tiempos de respuesta . . . 459
TÍTULO III. Sistema de información sobre lista de espera . . . 461
Disposiciones adicionales . . . 462
Disposiciones derogatorias . . . 462
Disposiciones finales . . . 462

4.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

§ 40. Ley 12/2013, de 9 de diciembre, de garantías de prestaciones sanitarias . . . 463

Preámbulo . . . 463
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 466
CAPÍTULO II. Tiempos máximos de acceso y sistema de garantías . . . 467
CAPÍTULO III. Libre elección . . . 470
CAPÍTULO IV. Segunda opinión médica . . . 471
CAPÍTULO V. Instrucciones previas . . . 472
CAPÍTULO VI. Información . . . 473
CAPÍTULO VII. Disponibilidad de determinados servicios asistenciales . . . 475
Disposiciones transitorias . . . 476
Disposiciones derogatorias . . . 476
Disposiciones finales . . . 476

4.8 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

§ 41. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid . . . 478

Preámbulo . . . 478
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 487
TÍTULO II. Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid . . . 489
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 489
CAPÍTULO II. Ordenación del Sistema . . . 489
CAPÍTULO III. Dirección y financiación del sistema sanitario . . . 492
CAPÍTULO IV. Las actuaciones de la Administración Sanitaria . . . 493
Sección 1.ª Autoridad sanitaria . . . 493
Sección 2.ª Asistencia sanitaria . . . 494
Sección 3.ª Salud Laboral . . . 494
Sección 4.ª De las Administraciones Locales . . . 495
CAPÍTULO V. Régimen de impugnación de los actos, responsabilidad, representación y defensa en juicio . . . 495
TÍTULO III. De la iniciativa privada sanitaria . . . 496
CAPÍTULO I. Principios generales . . . 496
CAPÍTULO II. De las organizaciones sanitarias . . . 496
TÍTULO IV. Derechos y deberes de los ciudadanos . . . 497
CAPÍTULO I. Derechos y deberes de los ciudadanos . . . 497
CAPÍTULO II. Agencias sanitarias . . . 499
CAPÍTULO III. Del Defensor del Paciente . . . 501
TÍTULO V. De la participación social, institucional y civil . . . 501
CAPÍTULO I. De la participación en general . . . 501
CAPÍTULO II. De la participación ciudadana . . . 501
CAPÍTULO III. El Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid . . . 501
CAPÍTULO IV. De los Consejos de Salud de las Áreas Sanitarias . . . 501
CAPÍTULO V. El Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria . . . 502

CAPÍTULO VI. Incentivos a la participación en investigación en ciencias de la salud, innovación tecnológica sanitaria y promoción de la salud . . . 502
TÍTULO VI. Salud pública . . . 503
CAPÍTULO I. Principios, objeto y funciones . . . 503
CAPÍTULO II. Educación para la salud de la población . . . 504
CAPÍTULO III. Cooperación en materia de salud pública . . . 505
TÍTULO VII. Del Servicio Madrileño de Salud . . . 505
CAPÍTULO I. Objeto y naturaleza. . . . 505
CAPÍTULO II. Fines y Funciones . . . 506
CAPÍTULO III. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 507
CAPÍTULO IV. Régimen financiero, presupuestario y contable . . . 508
CAPÍTULO V. Actividades . . . 508
Sección 1.ª Compra de servicios sanitarios . . . 509
Sección 2.ª Actividad asistencial. . . . 509
Sección 3.ª Separación de funciones . . . 510
CAPÍTULO VI. Órganos de Gobierno y Dirección. . . . 510
Sección 1.ª Órganos de Gobierno y Dirección . . . 510
Sección 2.ª Del Consejo de Administración . . . 510
Sección 3.ª Del Director General . . . 511
TÍTULO VIII. Del Instituto Madrileño de la Salud . . . 511
CAPÍTULO I. Objeto y naturaleza. . . . 511
CAPÍTULO II. Fines y funciones . . . 512
CAPÍTULO III. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 512
CAPÍTULO IV. Régimen financiero, presupuestario y contable . . . 513
CAPÍTULO V. Personal del Instituto Madrileño de la Salud. . . . 513
CAPÍTULO VI. Organización y gestión . . . 514
CAPÍTULO VII. Actividad del Instituto Madrileño de la Salud. . . . 514
CAPÍTULO VIII. Órganos de Gobierno y Dirección . . . 515
Sección 1.ª Órganos de Gobierno y Dirección . . . 515
Sección 2.ª Del Consejo de Administración . . . 515
Sección 3.ª Del Director General . . . 516
TÍTULO IX. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid . . . 516
CAPÍTULO I. Objeto y naturaleza. . . . 516
CAPÍTULO II. Fines y funciones . . . 517
CAPÍTULO III. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 517
CAPÍTULO IV. Régimen financiero, presupuestario y contable . . . 518
CAPÍTULO V. Personal . . . 518
CAPÍTULO VI. Actividades . . . 518
CAPÍTULO VII. Órganos de Gobierno y Dirección . . . 520
Sección 1.ª Órganos de Gobierno y Dirección . . . 520
Sección 2.ª Del Consejo de Administración . . . 520
Sección 3.ª Del Director General . . . 521
TÍTULO X. Formación e investigación sanitaria. . . . 521
CAPÍTULO I. Formación e investigación sanitaria . . . 521
CAPÍTULO II. De la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid . . . 521
Sección 1.ª Objeto y Naturaleza . . . 521
Sección 2.ª Fines y funciones . . . 522
Sección 3.ª Medios Materiales y Régimen Patrimonial . . . 523
Sección 4.ª Régimen financiero, presupuestario y contable. . . . 524
Sección 5.ª Personal . . . 524
Sección 6.ª Actividades . . . 525
Sección 7.ª Órganos de Gobierno y Dirección . . . 526
Sección 8.ª Consejo Científico Asesor . . . 527
TÍTULO XI. Actuación en materia de drogodependencias . . . 527
TÍTULO XII. Competencias de las Corporaciones Locales. . . . 528
TÍTULO XIII. Régimen sancionador . . . 529
CAPÍTULO I. Inspección . . . 529
CAPÍTULO II. Infracciones y sanciones . . . 530
Disposiciones adicionales . . . 534
Disposiciones transitorias . . . 536
Disposiciones derogatorias . . . 537
Disposiciones finales . . . 538

§ 42. Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de medidas en materia sanitaria . . . 539

Preámbulo . . . 539

CAPÍTULO I. Régimen sancionador en materia de transporte sanitario terrestre . . . 540
CAPÍTULO II. Ley de Ordenación Sanitaria . . . 543
Disposiciones derogatorias . . . 544
Disposiciones finales . . . 544

§ 43. Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid . . . 546

Preámbulo . . . 546
Artículos . . . 548
Disposiciones adicionales . . . 548
Disposiciones derogatorias . . . 548
Disposiciones finales . . . 549

§ 44. Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud . . . 550

Preámbulo . . . 550
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 552
CAPÍTULO II. Órganos de gobierno y gestión de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud . . . 553
Sección 1.a Juntas de Gobierno . . . 553
Sección 2.a Órganos de Dirección de las Organizaciones del Servicio Madrileño de Salud . . . 555
CAPÍTULO III. Órganos de asesoramiento y participación . . . 557
CAPÍTULO IV. Instrumentos de buen gobierno . . . 561
CAPÍTULO V. Autonomía de gestión y capacidad de innovación . . . 562
Disposiciones adicionales . . . 563
Disposiciones transitorias . . . 563
Disposiciones derogatorias . . . 563
Disposiciones finales . . . 564

§ 45. Ley 7/2018, de 26 de diciembre, de Atencion a la Salud Bucodental y de creacion del Programa de Atencion Dental Infantil - Comunidad de Madrid . . . 565

Preámbulo . . . 565
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 567
CAPÍTULO II. Programa de Atención Dental Infantil de la Comunidad de Madrid (PADI-Comunidad de Madrid) . . . 568
CAPÍTULO III. Oficina Dental Comunitaria en el Servicio Madrileño de Salud. . . . 573
CAPÍTULO IV. El Consejo Asesor Dental . . . 574
CAPÍTULO V. Infracciones y sanciones . . . 575
Disposiciones adicionales . . . 576
Disposiciones derogatorias . . . 576
Disposiciones finales . . . 576

4.9 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 46. Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi . . . 577

Preámbulo . . . 577
TÍTULO I. Disposiciones Generales . . . 581
TÍTULO II. Sistema Sanitario de Euskadi. . . . 583
CAPÍTULO PRIMERO. Ordenación . . . 583
CAPÍTULO SEGUNDO. Derechos y deberes ciudadanos . . . 584
CAPÍTULO TERCERO. Regulación y financiación del sistema . . . 585
CAPÍTULO CUARTO. Provisión de servicios sanitarios . . . 586
TÍTULO III. Organización de las estructuras públicas de provisión de servicios sanitarios . . . 587
CAPÍTULO PRIMERO. Configuración . . . 587
CAPÍTULO SEGUNDO. Medios materiales . . . 588
CAPÍTULO TERCERO. Régimen de personal. . . . 589
TÍTULO IV . . . 594
TÍTULO V. Docencia e investigación sanitarias . . . 595
TÍTULO VI. Régimen sancionador . . . 596
CAPÍTULO PRIMERO. Inspección y medidas cautelares. . . . 596
CAPÍTULO SEGUNDO. Infracciones y sanciones . . . 597
Disposiciones adicionales . . . 600

Disposiciones transitorias 604
Disposiciones derogatorias 604
Disposiciones finales 605

4.10 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 47. Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de zonificación Sanitaria de Navarra 606

Preámbulo 606
Artículos 607
Disposiciones adicionales 610
Disposiciones transitorias 611
Disposiciones finales 612

§ 48. Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, reguladora del Programa de Evaluación y Actuación sobre las Listas de Espera Quirúrgicas Programadas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea . . 614

Preámbulo 614
Artículos 615
Disposiciones finales 615

§ 49. Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada 616

Preámbulo 616
TÍTULO I. Disposiciones generales 617
TÍTULO II. Tiempos de respuesta 617
TÍTULO III. Sistemas de información sobre listas de espera. 619
Disposiciones adicionales 619
Disposiciones transitorias 619
Disposiciones finales 620

§ 50. Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero, sobre atención sanitaria, continuada y urgente 621

Preámbulo 621
Artículos 622
Disposiciones transitorias 622
Disposiciones derogatorias 622
Disposiciones finales 622

5. ESPECIALIDADES

5.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 51. Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud Escolar 623

Preámbulo 623
Artículos 624
Disposiciones transitorias 628
Disposiciones finales 628

5.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 52. Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria 629

Preámbulo 629
Artículos 630
Disposiciones adicionales 633
Disposiciones finales 633

5.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 53. Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar . . . 634

Preámbulo . . . 634
CAPÍTULO PRIMERO. Ámbito de aplicación y disposiciones generales . . . 636
CAPÍTULO SEGUNDO. Actividades sanitarias . . . 636
Sección I . . . 636
Sección II. Actividades sanitarias en relación con el personal de los Centros docentes . . . 637
Sección III. Actividades sanitarias en relación con los Centros docentes y su entorno . . . 638
CAPÍTULO III. Educación para la salud y prevención . . . 638
Sección I. Educación sanitaria en el medio escolar . . . 638
Sección II. Prevención de enfermedades en el medio escolar . . . 639
CAPÍTULO IV. Organización . . . 640
Sección I. Organización y funcionamiento . . . 640
Sección II. Recursos humanos y materiales . . . 641
CAPÍTULO V. Responsabilidades y sanciones . . . 641
CAPÍTULO VI. Financiación . . . 642
Disposiciones transitorias . . . 642
Disposiciones finales . . . 642

5.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 54. Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud Escolar . . . 643

Preámbulo . . . 643
CAPÍTULO PRIMERO. Disposiciones generales . . . 644
CAPÍTULO II. Actividades a realizar . . . 645
Sección Primera. En relación con el Alumnado . . . 645
Sección Segunda. En relación con el personal . . . 645
Sección Tercera. En relación con los centros docentes y su entorno . . . 645
CAPÍTULO III. Organización . . . 646
Sección Primera. Disposiciones generales . . . 646
Sección Segunda. Recursos humanos y materiales . . . 646
Disposiciones finales . . . 647

5.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 55. Ley 7/1982, de 30 de junio, de Salud Escolar . . . 648

Preámbulo . . . 648
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 649
TÍTULO II. Obligaciones . . . 650
CAPÍTULO I. En relación con el alumnado . . . 650
CAPÍTULO II. En relación con el profesorado y personal no docente . . . 651
CAPÍTULO III. En relación con los edificios e instalaciones escolares . . . 651
TÍTULO III. Financiación . . . 652
TÍTULO IV. Organización de la actividad . . . 652
CAPÍTULO I. Normas generales . . . 652
CAPÍTULO II. Personal y centros docentes . . . 652
TÍTULO V. Responsabilidad y sanciones . . . 653
Disposiciones adicionales . . . 653
Disposiciones finales . . . 653

5.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 56. Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud Escolar para el Principado de Asturias . . . 654

Preámbulo . . . 654

CAPÍTULO I. Ámbito de aplicación de la Ley y disposiciones generales 655
CAPÍTULO II. Actividades sanitarias a desarrollar 656
CAPÍTULO III. Obligaciones 657
CAPÍTULO IV. Personal y medios 659
CAPÍTULO V. Comisiones de Salud Escolar 659
CAPÍTULO VI. Financiación 660
CAPÍTULO VII. Responsabilidades y sanciones 660
DISPOSICIONES FINALES 660
DISPOSICIONES ADICIONALES 661
DISPOSICIÓN TRANSITORIA 661

§ 1

Nota de autor

Última modificación: 9 de Febrero de 2018

La colección de códigos de la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado, relativa a la Sanidad en su versión autonómica está encabezada por el **"Código de Profesionales Sanitarios"** y se perfila con el **"Código Sanitario"** y el **"Código Sistema Sanitario"**

La protección de la salud de los ciudadanos constituye un bien jurídico de relevancia constitucional, siendo el Estado garante exclusivo de las bases y coordinación general de la sanidad, atribuyéndose a las Comunidades Autónomas competencia sobre sanidad e higiene en el artículo 148.1.21. Así, la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha concretado los mecanismos de coordinación y cohesión aplicables al conjunto de Administraciones Sanitarias para garantizar la salud a todos los ciudadanos. De esta manera el **«Código Sistema Sanitario Normativa Autonómica»** presenta un tratamiento recopilatorio específico de las competencias que las CCAA han asumido, de desarrollo legislativo y de ejecución en materia de sanidad e higiene, coordinación hospitalaria y gestión de la asistencia sanitaria, en los términos que establezcan las leyes y normas reglamentarias estatales.

La obra incluye las leyes más relevantes en el campo de la legislación sanitaria autonómica atendiendo a los siguientes criterios:

– Actualización constante: Con el fin de atender a las exigencias de los clientes incorpora una versión interactiva de las novedades y actualizaciones legislativas.

– Codificación material: Debido a la diversificación de la normativa existente en esta disciplina se ha establecido como criterio de selección el material.

– Exclusión: Salvo algunas excepciones el nivel jerárquico de las normas es el de Ley.

– Inclusión de las normas que afectan a la legislación autonómica sanitaria: La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, constituye la norma básica fundamental para diseñar un modelo de ordenación sanitaria cuyo objetivo es garantizar el derecho de los ciudadanos a la promoción y protección de su salud, así como consolidar y reforzar la existencia de un Sistema Sanitario Público, con la participación de los profesionales y usuarios dentro de competencias atribuidas por los Estatutos de Autonomía a las Comunidades Autónomas.

María José Aguado Abad

§ 2

Ley 11/1999, de 30 de noviembre, de creación de la empresa pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén)

Comunidad Autónoma de Andalucía
«BOJA» núm. 144, de 11 de diciembre de 1999
«BOE» núm. 9, de 11 de enero de 2000
Última modificación: 10 de julio de 2006
Referencia: BOE-A-2000-444

EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

A todos los que la presente vieren, sabed: Que el Parlamento de Andalucía ha aprobado, y yo, en nombre del Rey y por la autoridad que me confieren la Constitución y el Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley de Creación de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén).

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por su parte, los artículos 13.21 y 20.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, respectivamente, confieren a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de sanidad e higiene, sin perjuicio de lo establecido por el artículo 149.1.16 de la Constitución, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, concibe al Sistema Sanitario Público como el conjunto de recursos, medios y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculados a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción, de la prevención y de la atención sanitaria.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, de conformidad con lo establecido en el artículo 45.1 de la Ley de Salud de Andalucía, está compuesto por los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud o adscritos al mismo, así como por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho, adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía, y por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

En atención a lo expuesto, y como quiera que el artículo 68 del Estatuto de Autonomía para Andalucía consagra la posibilidad de que la Comunidad Autónoma pueda constituir empresas públicas para la ejecución de funciones de su competencia, y al amparo de lo

establecido en el artículo 6.1, b), de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se crea una empresa pública adscrita a la Consejería de Salud, con objeto de llevar a cabo la gestión del Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén) y centros periféricos que, en su caso, se le adscriban, para la asistencia sanitaria a las personas incluidas en el ámbito geográfico y poblacional que se le asigne, así como aquellas otras funciones que en razón de su objeto se le encomienden.

Artículo 1. *Creación.*

1. Se crea, adscrita a la Consejería de Salud, una empresa pública de la Junta de Andalucía de las previstas en el artículo 6.1.b) de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, cuyo objeto será:

a) La gestión del Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén).
b) La gestión del Hospital de Montilla (Córdoba).
c) La gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución que se establezcan en las provincias de Córdoba y Jaén, coordinando sus servicios y recursos con los de los restantes centros sanitarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2. La atribución de la gestión de los centros sanitarios a la empresa previstos en el apartado anterior se llevará a efecto por Orden de la Consejería de Salud.
3. Los Centros Hospitalarios de Alta Resolución, así como cualquier otro centro sanitario cuya gestión le sea adscrita, se integrarán geográficamente en el Área Hospitalaria de referencia que se les asigne y prestarán asistencia sanitaria a la población que se determine en función de su cartera de servicios.
4. Por parte de la Consejería de Salud se establecerán los mecanismos necesarios para asegurar la coordinación entre los centros gestionados por la empresa pública y el resto de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tanto de atención primaria de salud como de asistencia especializada, con el objeto de optimizar los recursos sanitarios y mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria. Todo ello en el marco general de planificación y organización de la asistencia sanitaria definido por la Consejería de Salud.

Artículo 2. *Constitución.*

La constitución efectiva de la empresa tendrá lugar en el momento de la entrada en vigor de sus Estatutos, que serán aprobados por Decreto del Consejo de Gobierno y que contendrán, entre otras previsiones, la determinación de sus órganos de dirección, participación y control, las competencias y funciones que se le encomienden, el patrimonio que se le asigne para el cumplimiento de sus fines, los recursos económicos, el régimen relativo a recursos humanos, patrimonio y contratación, el régimen presupuestario, económico-financiero de intervención, control financiero y contabilidad.

Artículo 3. *Personalidad y régimen jurídico.*

1. La empresa gozará de personalidad jurídica propia, de plena capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento de sus fines y de patrimonio propio.
2. Se regirá por sus normas especiales y por la legislación general que le sea aplicable.
3. El personal de la empresa se regirá por el Derecho laboral; las relaciones patrimoniales, por el Derecho privado, y el régimen de contratación se ajustará a las previsiones de la legislación de contratos de las Administraciones Públicas.

Artículo 4. *Régimen presupuestario.*

El régimen presupuestario, económico-financiero, de contabilidad, intervención y de control financiero de la empresa será el establecido en la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y en las demás disposiciones que le sean de aplicación.

Artículo 5. *Adscripción de bienes.*

Por el Consejo de Gobierno se adscribirán a la empresa los bienes y derechos que se destinen al cumplimiento de sus fines.

Artículo 6. *Control de eficacia.*

La empresa estará sometida a un control de eficacia, que será ejercido por la Consejería de Salud, sin perjuicio del control establecido al respecto en la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de Andalucía.

Disposición adicional primera. *Régimen jurídico del personal.*

El personal de la empresa se regirá por el Derecho laboral y por las demás normas que le sean de aplicación, con la especificación siguiente: De conformidad con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, al personal estatutario, cuyo régimen jurídico se modifique a consecuencia de su incorporación a la plantilla de personal de esta empresa, se le reconocerá el tiempo de servicios prestados a efectos de la retribución que le corresponda por antigüedad, así como a efectos de acceso a plazas sometidas a procesos selectivos. Asimismo, dicho personal permanecerá en su plaza de origen en la situación especial en activo o en la situación de excedencia especial en activo, según los casos, por un período máximo de tres años.

Disposición adicional segunda.

1. Al objeto de cancelar las obligaciones de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud no satisfechas a 31 de diciembre de 1998, se autoriza al Consejo de Gobierno con carácter excepcional, a:

a) proceder al pago de tales obligaciones en un período máximo de dos anualidades.
b) Imputar dichas obligaciones al Presupuesto en un período máximo de diez anualidades.

Para el cómputo de las anualidades señaladas se partirá del ejercicio presupuestario 2000 para el pago de las obligaciones, y del ejercicio presupuestario 2003, para la imputación de las obligaciones al Presupuesto.
2. Para llevar a cabo la operación descrita en el punto anterior, la Tesorería General de la Junta de Andalucía transferirá a la Consejería de Salud y al Servicio Andaluz de Salud los fondos necesarios.
3. Los pagos a que se refiere el apartado 1.a), se registrarán en la correspondiente cuenta deudora de la contabilidad de Tesorería de la Junta de Andalucía o del Servicio Andaluz de Salud, según los casos, que se cancelarán mediante la oportuna imputación presupuestaria.

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario.*

Se autoriza al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones reglamentarias precisas para el desarrollo y ejecución de la presente Ley y, en especial, para la aprobación de sus Estatutos.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de la Junta de Andalucía».

§ 3

Ley 3/2006, de 19 de junio, de creación de la Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir

Comunidad Autónoma de Andalucía
«BOJA» núm. 131, de 10 de julio de 2006
«BOE» núm. 185, de 4 de agosto de 2006
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2006-14194

EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

A todos los que la presente vieren, sabed:

Que el Parlamento de Andalucía ha aprobado y yo, en nombre del Rey y por la autoridad que me confieren la Constitución y el Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley de creación de la Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por su parte, los artículos 13.21 y 20.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, respectivamente, confieren a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de sanidad e higiene, sin perjuicio de lo establecido por el artículo 149.1.16 de la Constitución, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior. Igualmente, el artículo 68 del Estatuto de Autonomía prevé la posibilidad de que la Comunidad Autónoma pueda constituir empresas públicas para la ejecución de funciones de su competencia.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, concibe al Sistema Sanitario Público como el conjunto de recursos, medios y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma, o vinculados a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción, de la prevención y de la atención sanitaria.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, de conformidad con lo establecido en el artículo 45.1, de la Ley de Salud de Andalucía, está compuesto por los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud o adscritos al mismo, así como por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho, adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía, y por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, de conformidad con lo establecido en el artículo 45.1, de la Ley de Salud de Andalucía, está compuesto por los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud o adscritos al mismo, así como por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho, adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía, y por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

El desarrollo del Sistema Sanitario Público de Andalucía ha permitido importantes niveles de calidad de la atención sanitaria, incorporando de forma continuada diferentes mejoras organizativas y funcionales en sus diferentes centros, que han recibido el reconocimiento de los expertos en materia sanitaria, tanto en Andalucía como en el resto del país. La incorporación de nuevas formas de gestión y organización, como las Empresas Públicas de Emergencias Sanitarias, Hospital Alto Guadalquivir, Hospital Costa del Sol y Hospital de Poniente, ha permitido avances en la organización de la actividad y en la gestión de los recursos; la organización en áreas asistenciales integradas o el desarrollo de la consulta especializada de alta resolución son aportaciones impulsadas en el seno de las empresas públicas sanitarias de la Junta de Andalucía, que han tenido su posterior extensión al resto de centros del Sistema Sanitario Público.

En esta línea, con la finalidad de incrementar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de asistencia especializada y de lograr una mejor distribución de los flujos de actividad, la Consejería de Salud pretende incorporar al Sistema Sanitario Público de Andalucía una nueva tipología de centros sanitarios, los Centros Hospitalarios de Alta Resolución.

Estos centros sanitarios se configuran como hospitales de proximidad, ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos, o bien en áreas con gran crecimiento poblacional, que, con la finalidad antes mencionada, incorporan estrategias de gestión de alta resolución, potenciando la cirugía sin ingreso, la hospitalización de corta duración, la atención urgente y las consultas de acto único, y fomentan la continuidad asistencial y la oferta de capacidad diagnostica a los centros de atención primaria.

Las características poblacionales y de cartera de servicios de estos centros obligan a una organización singularizada, adaptada a las necesidades de cada entorno geográfico, lo que exige una mayor capacidad de articular soluciones específicas en cada centro, así como herramientas de gestión de recursos que faciliten estas soluciones.

La trayectoria de las diferentes empresas públicas sanitarias de la Junta de Andalucía ha demostrado la compatibilidad entre la oferta de servicios de calidad, una organización más integrada y efectiva, así como la gestión más eficiente de los recursos, convirtiéndolas así en uno de los instrumentos clave, que pueden coadyuvar en un futuro a garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Por ello, las características de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución aconsejan adoptar una forma de gestión que permita obtener los mayores beneficios en calidad asistencial, organización y eficiencia, como es la de empresa de carácter público, así como aprovechar la experiencia acumulada en los diferentes hospitales que han adoptado esta forma.

Como consecuencia, para articular una red de centros en el marco de la gestión pública empresarial, la Consejería de Salud dispone la adscripción territorial de un número de centros de alta resolución a las empresas actualmente existentes e impulsa la creación mediante esta ley de una nueva empresa pública integrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, destinada a la gestión de los centros hospitalarios de alta resolución que se puedan construir en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla.

Por estas razones, al amparo de lo establecido en el artículo 6.1.b) de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se crea una empresa pública adscrita a la Consejería de Salud, con objeto de llevar a cabo la gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución, que se establezcan en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla, y la gestión que se le atribuya del Hospital Militar Vigil de Quiñones de Sevilla.

Como consecuencia de la creación de esta empresa pública, así como del desarrollo de la red de Centros Hospitalarios de Alta Resolución, la Consejería de Salud habilitará los

mecanismos necesarios para reforzar la coordinación entre los diferentes centros integrados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, con la finalidad de impulsar la continuidad en la atención sanitaria, la gestión de los procesos asistenciales, así como la distribución eficiente de los recursos y tecnologías.

Artículo 1. *Creación.*

1. Se crea, adscrita a la Consejería de Salud, una empresa pública de la Junta de Andalucía de las previstas en el artículo 6.1.b) de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, como entidad pública empresarial que, bajo la denominación de Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir, tendrá por objeto:

a) La gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución que se establezcan en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla, coordinando sus servicios y recursos con los de los restantes centros sanitarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

b) La gestión que se le atribuya en el Hospital Militar Vigil de Quiñones de Sevilla, de acuerdo con los criterios de organización y gestión de los servicios que se establezcan por la Consejería de Salud.

c) La gestión de centros sanitarios de nueva creación, así como la de centros sanitarios transferidos desde las Administraciones Locales de Andalucía, o la de aquellos centros sanitarios de titularidad privada sin ánimo de lucro que, por razones de su integración en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, puedan ser adscritos a la empresa pública en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla.

2. La atribución de la gestión de los centros sanitarios a la empresa pública previstos en el apartado anterior se llevará a efecto por Orden de la Consejería de Salud.

3. La empresa pública desarrollará sus actividades en el marco global definido por la Consejería de Salud para el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía, teniendo presente la legislación andaluza sobre igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Artículo 2. *Constitución.*

La constitución efectiva de la empresa pública tendrá lugar en el momento de la entrada en vigor de sus estatutos, que serán aprobados por decreto del Consejo de Gobierno y que contendrán, entre otras previsiones, la determinación de sus órganos de dirección, participación y control, las competencias y funciones que se le encomienden, el patrimonio que se le asigne para el cumplimiento de sus fines, los recursos económicos, el régimen relativo a recursos humanos, patrimonio y contratación, el régimen presupuestario, económico-financiero, de intervención, control financiero y contabilidad, control de eficacia, así como el establecimiento con carácter obligatorio de un órgano de participación ciudadana que incorpore la presencia de los agentes sociales y de los representantes de los consumidores, con implantación en su ámbito de influencia territorial.

Artículo 3. *Personalidad y régimen jurídico.*

1. La empresa pública gozará de personalidad jurídica propia, de plena capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento de sus fines y de patrimonio propio.

2. En lo concerniente a su estructura y funcionamiento, la empresa pública se regirá por la presente ley, por sus estatutos y por las normas que se dicten en desarrollo de la misma. Igualmente, le será aplicable la Ley General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Ley de Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, la normativa que regula el régimen de responsabilidad de las Administraciones Públicas y demás normativa de general aplicación para las entidades de derecho público de la Junta de Andalucía.

3. El personal de la empresa pública se regirá por el Derecho laboral y demás normas que resulten de aplicación, con independencia de lo previsto para el personal estatutario por la disposición adicional única de la presente ley.

4. Los procesos selectivos para acceso a plazas, excepto para los puestos directivos o de confianza, estarán sujetos a los principios constitucionales de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, así como tendrán en cuenta la reserva legal de plazas para discapacitados.

Artículo 4. *Fines generales.*

La empresa pública, de acuerdo con las directrices marcadas por la Consejería de Salud y con pleno respeto a los principios y derechos reconocidos en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, tendrá las siguientes finalidades:

a) Prestar una asistencia sanitaria personalizada y de calidad a la población adscrita.
b) Garantizar al enfermo un proceso de diagnóstico correcto y rápido, la aplicación del tratamiento más eficiente, procurando la recuperación, así como la reincorporación del paciente a su medio tan pronto como sea posible.
c) Prestar servicios sanitarios especializados, asegurando al conjunto de la población incluida en su ámbito de actuación y de acuerdo con su cartera de servicios la igualdad en el acceso a los procesos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.
d) Atender a las necesidades integrales del paciente y mejorar su satisfacción acerca de la atención e información recibidas, trato personalizado y respeto a su intimidad.
e) Conseguir la máxima eficiencia en la utilización de sus recursos.
f) Los derivados del respeto a lo establecido en el artículo 2 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

Artículo 5. *Régimen presupuestario.*

El régimen presupuestario, económico-financiero, de contabilidad, intervención y de control financiero de la empresa pública será el establecido en la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y en las demás disposiciones que le sean de aplicación.

Artículo 6. *Recursos.*

Los recursos de la entidad estarán integrados por las dotaciones presupuestarias que anualmente le asigne la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma, los rendimientos que obtenga en el ejercicio de su actividad, los productos de su patrimonio, así como por los demás recursos que determinen sus estatutos.

Artículo 7. *Adscripción de bienes.*

Una vez que se produzca la constitución efectiva de la empresa pública, por el Consejo de Gobierno se le adscribirán los bienes y derechos que se destinen al cumplimiento de sus fines, y se le transferirán las dotaciones presupuestarias necesarias para el ejercicio de sus funciones.

Artículo 8. *Control de eficacia.*

La empresa pública estará sometida a un control de eficacia, incluyendo la potestad de inspección y asegurando especialmente el cumplimiento de los objetivos, la adecuada utilización de los recursos asignados y, en general, las acciones de seguimiento y control que procedan. Dicho control será ejercido por la Consejería de Salud, sin perjuicio del control establecido al respecto en la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de Andalucía, y demás normas que le sean de aplicación.

Artículo 9. *Integración en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.*

1. La empresa pública que se crea por la presente ley estará integrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, quedando sometida a los criterios generales de actuación establecidos por la Consejería de Salud para el mismo.
2. La empresa pública establecerá, en sus relaciones con el nivel de atención primaria que le corresponda, los acuerdos de colaboración que se realizan habitualmente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía entre los niveles de asistencia especializada y de

atención primaria de salud, y, en general, aquellos acuerdos de cooperación institucional necesarios con el resto de los centros del Sistema Sanitario con los que se relacione.

3. La Consejería de Salud definirá los objetivos anuales que habrá de desarrollar la empresa pública, tanto en aspectos asistenciales, como de organización y gestión de recursos, en el marco de actuación estratégica definido para el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Disposición adicional única. *Personal estatutario fijo que se incorpore a la plantilla de la empresa pública.*

El personal estatutario fijo que se incorpore a la plantilla de la empresa pública, de conformidad con lo previsto en el artículo 65 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, pasa a situación de servicios bajo otro régimen jurídico y tendrá derecho al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad en caso de volver a la situación de servicio activo como personal estatutario.

Durante los cinco primeros años se ostentará derecho para la reincorporación al servicio activo en la misma categoría y área de salud de origen o, si ello no fuera posible, en áreas limítrofes con aquélla.

Disposición final primera. *Modificación del párrafo primero, apartado Uno, de la disposición adicional decimoctava de la Ley 4/1992, de 30 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1993.*

Se modifica el párrafo primero, apartado Uno, de la disposición adicional decimoctava de la Ley 4/1992, de 30 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1993, que quedará redactado de la siguiente manera:

> «Uno. Se crea, adscrita a la Consejería de Salud, una empresa pública de la Junta de Andalucía de las previstas en el artículo 6.1.b) de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, cuyo objeto será:
>
> a) La gestión del Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga).
>
> b) La gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución que se establezcan en la provincia de Málaga, coordinando sus servicios y recursos con los de los restantes centros sanitarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía.
>
> La atribución de la gestión de los centros sanitarios a la empresa pública, previstos en el apartado anterior, se llevará a efecto por Orden de la Consejería de Salud.
>
> Los Centros Hospitalarios de Alta Resolución, así como cualquier otro centro sanitario cuya gestión le sea adscrita, se integrarán geográficamente en el Área Hospitalaria de referencia que se les asigne y prestarán asistencia sanitaria a la población que se determine en función de su cartera de servicios.
>
> Por parte de la Consejería de Salud se establecerán los mecanismos necesarios para asegurar la coordinación entre los centros gestionados por la empresa pública y el resto de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tanto de atención primaria de salud como de asistencia especializada, con el objeto de optimizar los recursos sanitarios y mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria. Todo ello en el marco general de planificación y organización de la asistencia sanitaria definido por la Consejería de Salud.»

Disposición final segunda. *Modificación del párrafo primero, apartado 1, de la disposición adicional segunda de la Ley 9/1996, de 26 de diciembre, por la que se aprueban Medidas Fiscales en materia de Hacienda Pública, Contratación Administrativa, Patrimonio, Función Pública y Asistencia Jurídica a Entidades de Derecho Público.*

Se modifica el párrafo primero, apartado 1, de la disposición adicional segunda de la Ley 9/1996, de 26 de diciembre, por la que se aprueban Medidas Fiscales en materia de

Hacienda Pública, Contratación Administrativa, Patrimonio, Función Pública y Asistencia Jurídica a Entidades de Derecho Público, que quedará redactado de la siguiente manera:

«1. Se crea, adscrita a la Consejería de Salud, una empresa pública de la Junta de Andalucía de las previstas en el artículo 6.1.b) de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, cuyo objeto será:

a) La gestión del Hospital de Poniente de El Ejido (Almería).
b) La gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución que se establezcan en las provincias de Almería y Granada, coordinando sus servicios y recursos con los de los restantes centros sanitarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La atribución de la gestión de los centros sanitarios a la empresa pública, previstos en el apartado anterior, se llevará a efecto por Orden de la Consejería de Salud.
Los Centros Hospitalarios de Alta Resolución, así como cualquier otro centro sanitario cuya gestión le sea adscrita, se integrarán geográficamente en el Área Hospitalaria de referencia que se les asigne y prestarán asistencia sanitaria a la población que se determine en función de su cartera de servicios.
Por parte de la Consejería de Salud se establecerán los mecanismos necesarios para asegurar la coordinación entre los centros gestionados por la empresa pública y el resto de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tanto de atención primaria de salud como de asistencia especializada, con el objeto de optimizar los recursos sanitarios y mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria. Todo ello en el marco general de planificación y organización de la asistencia sanitaria definido por la Consejería de Salud.»

Disposición final tercera. *Modificación del artículo 1 de la Ley 11/1999, de 30 de noviembre, de creación de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén).*

Se modifica el artículo 1 de la Ley 11/1999, de 30 de noviembre, de creación de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén), que quedará redactado de la siguiente manera:

«Artículo 1. *Creación.*

1. Se crea, adscrita a la Consejería de Salud, una empresa pública de la Junta de Andalucía de las previstas en el artículo 6.1.b) de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, cuyo objeto será:

a) La gestión del Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén).
b) La gestión del Hospital de Montilla (Córdoba).
c) La gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución que se establezcan en las provincias de Córdoba y Jaén, coordinando sus servicios y recursos con los de los restantes centros sanitarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2. La atribución de la gestión de los centros sanitarios a la empresa previstos en el apartado anterior se llevará a efecto por Orden de la Consejería de Salud.
3. Los Centros Hospitalarios de Alta Resolución, así como cualquier otro centro sanitario cuya gestión le sea adscrita, se integrarán geográficamente en el Área Hospitalaria de referencia que se les asigne y prestarán asistencia sanitaria a la población que se determine en función de su cartera de servicios.
4. Por parte de la Consejería de Salud se establecerán los mecanismos necesarios para asegurar la coordinación entre los centros gestionados por la empresa pública y el resto de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tanto de atención primaria de salud como de asistencia especializada, con el objeto de optimizar los recursos sanitarios y mejorar la accesibilidad y la calidad de la

atención sanitaria. Todo ello en el marco general de planificación y organización de la asistencia sanitaria definido por la Consejería de Salud.»

Disposición final cuarta. *Modificación de la redacción de la letra a), del apartado 3, del artículo 47 de la Ley 3/2004, de 28 de diciembre, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras.*

Se modifica la letra a), del apartado 3, del artículo 47 de la Ley 3/2004, de 28 de diciembre, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras, que quedará redactada de la siguiente manera:

«a) Cuando las atenciones o prestaciones sanitarias se hayan facilitado a personas que circulasen en vehículos a motor, la entidad aseguradora de dicho vehículo a motor o, en los casos previstos en el artículo 11 del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, el Consorcio de Compensación de Seguros.»

Disposición final quinta. *Modificación del artículo 60 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.*

El texto del artículo 60 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, queda redactado como sigue:

«Artículo 60.

Al personal estatutario, cuyo régimen jurídico se modifique a consecuencia de su incorporación a las plantillas de las entidades que se constituyan por la Administración de la Junta de Andalucía con fines sanitarios, y se adscriba al Sistema Sanitario Público de Andalucía, se le reconocerá el tiempo de servicios prestados a efectos de la retribución que le corresponda por antigüedad, así como a efectos de acceso a plazas sometidas a procesos selectivos. Asimismo, dicho personal permanecerá en su plaza de origen en la situación especial en activo o en la situación de excedencia especial en activo, según los casos, por un periodo máximo de cinco años.»

Disposición final sexta. *Desarrollo reglamentario.*

Se autoriza al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones reglamentarias precisas en desarrollo y ejecución de la presente ley y, en especial, para la aprobación de los estatutos de la empresa pública que se crea.

Disposición final séptima. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.»

§ 4

Ley 11/2007, de 26 de noviembre, Reguladora del Consejo Genético, de protección de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos y de los bancos de ADN humano en Andalucía

Comunidad Autónoma de Andalucía
«BOJA» núm. 246, de 17 de diciembre de 2007
«BOE» núm. 38, de 13 de febrero de 2008
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2008-2491

EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

A todos los que la presente vieren, sabed que el Parlamento de Andalucía ha aprobado y yo, en nombre del Rey y por la autoridad que me confieren la Constitución y el Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley Reguladora del Consejo Genético, de protección de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos y de los bancos de ADN humano en Andalucía.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

El Estatuto de Autonomía para Andalucía dispone en su artículo 55.1 que le corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia exclusiva sobre organización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, igualmente le corresponde la investigación con fines terapéuticos, sin perjuicio de lo que establecen los artículos 149.1.16.a y 149.1.15.a, respectivamente, de la Constitución Española. El artículo 55.2 le atribuye a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias de carácter público en todos los niveles y para toda la población, así como la investigación científica en materia sanitaria.

Asimismo, el artículo 22 del Estatuto de Autonomía para Andalucía garantiza el derecho previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal y reconoce, entre otros, el derecho al consejo genético y la medicina predictiva a los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud. La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, regula, entre otras materias, la ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía, inspirándose en los principios de universalización de la asistencia, equidad en los niveles de salud e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía y establece, en su artículo 46, que la dirección y coordinación de las actividades, servicios y recursos del mismo corresponden a la Consejería de Salud, dedicando el Título VIII a la docencia e investigación

sanitarias, elementos fundamentales de modernización y progreso de la sanidad que las Administraciones públicas deben fomentar.

II

En los últimos años, los frutos de la investigación en genética humana han supuesto un cambio trascendental en nuestra comprensión del organismo humano y de la causa de muchas enfermedades de base genética, y sus resultados se están traduciendo en aplicaciones médicas, incluyendo diagnósticos y terapias, e impulsando nuevos conceptos en Medicina. La traslación de dichos resultados a la práctica clínica está permitiendo notables avances en las posibilidades diagnósticas y en la prevención de ciertas enfermedades, registrándose un aumento constante del número de enfermedades para las que se dispone de un análisis genético.

El incesante desarrollo de la investigación en genética humana está abriendo nuevos espacios de conocimiento sobre la fisiopatología molecular de las enfermedades complejas, así como la posibilidad de su aplicación en la prevención y tratamiento de enfermedades prevalentes, acercándonos a un nuevo paradigma de la Medicina: la Medicina personalizada.

El desarrollo de las tecnologías de análisis genómico, la citogenética molecular, la bioinformática y el mayor acceso a la información de la ciudadanía, junto al avance del conocimiento derivado de la obtención y desarrollo de mapas genéticos y la identificación de nuevos genes y mecanismos moleculares, están despejando nuevas vías para la planificación, el diseño y el desarrollo de estrategias diagnósticas, preventivas y, en algunos casos, terapéuticas, más eficientes y efectivas en las enfermedades de base genética, especialmente en las denominadas enfermedades raras.

En todo caso, las consecuencias éticas y sociales de las investigaciones sobre el genoma humano imponen a los investigadores especiales obligaciones de rigor, prudencia y responsabilidad, tanto en la realización práctica de las investigaciones como en la presentación pública y el uso de los resultados de las mismas.

Por otra parte, para estudiar la relación entre los genes y determinadas enfermedades es indispensable tener acceso a muestras de tejidos humanos bien caracterizadas y poder utilizarlas en la investigación y el desarrollo, ya que la investigación en este campo depende del uso e intercambio de muestras de tejido humano y de los datos asociados.

Los análisis genéticos se basan en conocimientos de alto nivel científico, que exigen una apropiada formación y desarrollo de competencias específicas de los profesionales sanitarios, mujeres y hombres, responsables de los análisis genéticos y del consejo genético, que deben ser facilitadas, evaluadas y acreditadas, para garantizar la calidad de los mismos.

Ante este panorama, es necesario disponer del marco normativo adecuado que dé respuesta a la aplicación clínica de los nuevos avances científicos al mismo tiempo que garantice la protección de los derechos de las personas que pudiesen resultar afectadas por la acción investigadora.

La extraordinaria sensibilidad de la información genética trasciende el ámbito puramente individual. Sus implicaciones éticas y sociales reclaman un marco regulador en el que se establezcan las ineludibles cautelas y garantías singulares en el tratamiento y en la utilización de los análisis genéticos y los datos relacionados con ellos. En este sentido, cabe destacar que la realización de análisis genéticos genera datos de carácter personal, que afectan no sólo a la persona objeto del estudio o investigación, sino también a sus familiares, por lo que se debe garantizar la correcta utilización y el respeto a la confidencialidad de los mismos.

III

La presente ley se ha elaborado teniendo en cuenta lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, así como los criterios y recomendaciones emanados de diversas organizaciones internacionales, tanto de ámbito europeo como mundial, debiendo citarse el Convenio del Consejo de Europa para la

protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la Biología y la Medicina, suscrito en Oviedo el día 4 de abril de 1997, y que entró en vigor en España el 1 de enero de 2000; la Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa de 13 de febrero de 1997, y la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, aprobada por la Unesco el 11 de noviembre de 1997. Especialmente, se han considerado las 25 recomendaciones sobre las repercusiones éticas, jurídicas y sociales de los tests genéticos, contenidas en el documento aprobado por la Dirección General de Investigación de la Comisión Europea.

La ley se compone de treinta y cuatro artículos estructurados en cuatro Títulos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y una disposición final.

El Título I establece el objeto, las definiciones y los principios informadores.

El Título II, bajo la rúbrica «Análisis genéticos», contiene tres Capítulos: el primero de ellos regula las disposiciones comunes; el segundo, los análisis genéticos con fines de asistencia sanitaria, y el tercero, los análisis genéticos con fines de investigación biomédica.

El Título III regula el régimen jurídico de los bancos de ADN humano y crea el Banco de ADN humano de Andalucía.

El Título IV recoge el régimen sancionador.

Finalmente, la disposición adicional primera se refiere a los informes emitidos por la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias de Andalucía; la disposición adicional segunda establece el plazo de entrada en funcionamiento del Banco de ADN humano de Andalucía. Las disposiciones transitorias están dedicadas a las muestras biológicas y colecciones de muestras biológicas y datos asociados existentes a la entrada en vigor de la presente ley. La disposición derogatoria deja sin efecto cuantas normas contradigan lo dispuesto en la presente ley. Y la disposición final establece una habilitación normativa.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

La presente ley tiene por objeto:

a) Regular el derecho al consejo genético en los términos establecidos en el Estatuto de Autonomía para Andalucía y en la presente ley, así como en sus normas de desarrollo.

b) Proteger los derechos de las personas que se sometan a los análisis genéticos en Andalucía, tanto con fines de asistencia sanitaria como de investigación biomédica.

c) Establecer el régimen jurídico de los bancos de ADN humano y la creación del Banco de ADN humano de Andalucía.

Artículo 2. *Definiciones.*

A los efectos de esta ley se entiende por:

a) Análisis genético: procedimiento destinado a detectar la presencia, ausencia o variantes de uno o varios segmentos de material genético, para la identificación del estado de afectado o de no afectado; de portador de un defecto genético determinado, o de variantes genéticas que puedan predisponer al desarrollo de una enfermedad específica, o bien condicionar la respuesta a un tratamiento concreto. También incluye las pruebas indirectas para detectar un producto génico u otro metabolito específico que sea indicativo, ante todo, de un cambio genético determinado.

b) Análisis genético-poblacional: investigación que tiene por objeto estudiar la naturaleza y magnitud de las variaciones genéticas dentro de una determinada población.

c) Banco de ADN humano: establecimiento o unidad técnica, de carácter público o privado, que acoge una colección de muestras biológicas destinadas a la realización de análisis genéticos con fines de asistencia sanitaria o de investigación biomédica, así como los datos asociados a las mismas.

d) Consejo genético: procedimiento orientado a explicar los problemas asociados a la aparición de un trastorno de base genética en un individuo o una familia; o el riesgo de aparición del mismo; así como las ventajas, riesgos y posibles consecuencias de realizar un análisis genético determinado y, en su caso, el asesoramiento en relación con las posibles alternativas derivadas de los resultados del análisis.

e) Consentimiento informado: la conformidad otorgada de forma expresa y directa por la persona afectada o, en su caso, por su representante, manifestada de forma libre, voluntaria y consciente, después de haber recibido información adecuada y con tiempo suficiente, para la realización de cualquier actuación relativa a su salud o para su participación en una investigación biomédica. El consentimiento informado será formalizado en un documento escrito.

f) Dato genético de carácter personal: información sobre las características genéticas de un sujeto identificado o identificable obtenida mediante un análisis genético.

g) Dato anonimizado: dato no asociado a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo con toda información que identifica al sujeto.

h) Dato codificado o disociado reversiblemente: dato no asociado a una persona identificada o identificable por haberse reemplazado la información que identifica al sujeto por un código, que permite la operación inversa.

i) Muestra biológica: cualquier sustancia biológica de origen humano que puede albergar información sobre la dotación genética característica de una persona.

j) Muestra biológica anonimizada: muestra biológica que no puede asociarse a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo con toda información que identifique al sujeto.

k) Muestra biológica codificada o disociada reversiblemente: muestra biológica no asociada a una persona identificada o identificable por haberse remplazado la información que identifica al sujeto por un código, que permite la operación inversa.

l) Cribado genético: programa de salud pública, dirigido a la identificación en individuos asintomáticos de condiciones para las cuales una intervención médica precoz pudiera conducir a la eliminación o reducción de la mortalidad, morbilidad o discapacidades asociadas a tales condiciones.

m) Trazabilidad: posibilidad de ubicar, localizar e identificar las muestras biológicas y sus datos asociados, en cualquier paso del proceso desde su obtención hasta su destrucción.

Artículo 3. *Principios Informadores.*

1. Los principios que informan esta ley son:

a) Autonomía en la toma de decisiones.
b) No discriminación.
c) Respeto a la integridad, dignidad e intimidad de las personas.
d) Respeto a los derechos y libertades fundamentales.
e) Protección de las personas.
f) Confidencialidad.
g) Calidad de la atención sanitaria.
h) Fomento de la investigación biomédica.

2. En lo que se refiere al Sistema Sanitario Público de Andalucía, además de los principios anteriormente enumerados:

a) Universalidad de la atención.
b) Equidad en el acceso.
c) Eficacia, eficiencia y racionalidad en la utilización de los recursos sanitarios públicos.

TÍTULO II

Análisis genéticos

CAPÍTULO I

Disposiciones comunes

Artículo 4. *Utilización de los análisis genéticos.*

Los análisis genéticos y los datos obtenidos de los mismos sólo podrán ser utilizados con fines de asistencia sanitaria e investigación biomédica en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 5. *Consentimiento informado.*

1. La realización de análisis genéticos, ya sea con fines de asistencia sanitaria, pruebas de cribado genético o con fines de investigación biomédica, requiere el consentimiento informado, que se otorgará en un documento escrito, por la persona titular de la muestra biológica, tras haber recibido la información prevista en los artículos 12, 16.4 y 25 de esta ley. En los supuestos previstos en la presente ley, el consentimiento podrá prestarse por representación, en los términos expresados en el artículo 6.

2. La persona otorgante del consentimiento informado podrá proceder libremente a su revocación en cualquier momento, con los efectos previstos en el artículo 24 de esta ley, en su caso.

3. El consentimiento para los análisis genéticos sobre muestras biológicas embrionarias o fetales lo otorgarán los progenitores o, en su caso, la mujer.

Artículo 6. *Consentimiento informado por representación.*

A los efectos de esta ley, procederá el consentimiento informado por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando la persona que haya de prestar el consentimiento no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del facultativo responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si aquélla careciera de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a ella por razones familiares o de hecho.

b) Cuando la persona esté incapacitada legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Artículo 7. *Derecho a la información derivada del análisis genético.*

Las personas que se sometan a análisis genéticos tienen derecho a la información derivada de los mismos. Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

Artículo 8. *Confidencialidad y protección de los datos genéticos.*

1. Los centros sanitarios y de investigación garantizarán la protección de la intimidad personal y el tratamiento confidencial de los datos resultantes de la realización de los análisis genéticos, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

2. Las personas que, en ejercicio de sus funciones, accedan a los datos resultantes de la realización de los análisis genéticos quedarán sujetos al deber de confidencialidad.

3. El personal de los centros sanitarios y de investigación únicamente podrá acceder a los datos resultantes de la realización de los análisis genéticos en los supuestos contemplados en la normativa vigente en materia de autonomía del paciente y de protección de datos de carácter personal.

Artículo 9. *Trazabilidad.*

1. La trazabilidad de las muestras biológicas será garantizada respetando la confidencialidad de los datos genéticos.

2. Corresponde a la Consejería competente en materia de salud el establecimiento de los procedimientos y requisitos de trazabilidad de las muestras biológicas.

CAPÍTULO II

Análisis genéticos con fines de asistencia sanitaria

Artículo 10. *Centros autorizados.*

1. Los análisis genéticos con fines de asistencia sanitaria se realizarán en centros debidamente autorizados al efecto.

2. Corresponde a la Consejería competente en materia de salud la concesión y la revocación de las autorizaciones de los centros para la realización de análisis genéticos con fines de asistencia sanitaria, en los términos y de acuerdo con los requisitos de calidad que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 11. *Consejo genético.*

1. El consejo genético individualizado se prestará a las personas sobre cuyas muestras se vayan a realizar análisis genéticos con fines de asistencia sanitaria. El consejo genético deberá proporcionarles una información adecuada a la trascendencia del diagnóstico genético para el que se solicita el análisis, así como de las alternativas entre las que podrán optar. Recibido el consejo genético previo, podrán rechazar la realización del análisis genético.

2. La veracidad y la objetividad de la información que se proporciona serán requisitos del consejo genético, así como su adaptación a las capacidades de la persona que lo recibe y el respeto al principio de autonomía del paciente.

3. En los casos en que sea necesario prestar consejo genético posterior, una vez conocido el resultado del análisis genético, se proporcionará información suficiente sobre el resultado del análisis, las consecuencias del mismo desde el punto de vista diagnóstico y pronóstico, incluyendo las repercusiones sobre los familiares o sobre la descendencia y, en su caso, las alternativas terapéuticas y las opciones reproductivas.

Artículo 12. *Derecho a la información previa.*

Con carácter previo al otorgamiento del consentimiento informado, el profesional sanitario responsable de la práctica del análisis genético está obligado a comunicar a las personas interesadas, de forma que les resulte comprensible, los siguientes extremos:

a) El objetivo y finalidad concreta del análisis genético.

b) La posibilidad de hallazgos inesperados.

c) Las alternativas razonables al análisis genético.

d) El procedimiento de extracción de la muestra biológica.

e) El lugar de realización del análisis genético.

f) La utilización y destino de la muestra biológica extraída, así como del sobrante de la misma.

g) La identificación, en su caso, del banco de ADN humano en el que quedará almacenada la muestra.

h) La información de la eventual trascendencia de los resultados obtenidos para la salud de sus familiares, advirtiéndole de la importancia de ponerlos, en su caso, en conocimiento de aquéllos.

i) El derecho a rechazar la realización del análisis.

j) El derecho a recibir consejo genético una vez obtenidos y evaluados los resultados del análisis.

Artículo 13. *Contenido del documento de consentimiento informado.*

1. El consentimiento informado se otorgará en un documento escrito en que se consignen, enunciados de forma breve y en lenguaje que resulte comprensible a la generalidad de las personas, el contenido del artículo anterior y, al menos, los siguientes extremos:

a) Identificación de la persona y, en su caso, del representante que presta el consentimiento según lo establecido en el artículo 6.

b) Identificación del profesional sanitario que ha facilitado la información previa y recabado el consentimiento.

c) Declaración de quien presta el consentimiento de que ha comprendido adecuadamente la información recibida.

d) Posibilidad de revocar, en cualquier momento, el consentimiento.

e) Fecha y lugar.

f) Firmas del profesional sanitario que solicita el consentimiento y de la persona que lo presta por sí o mediante representación.

2. Una copia del documento del consentimiento informado otorgado será facilitada a la persona titular de la muestra biológica o a su representante.

Artículo 14. *Cesión de datos genéticos.*

La cesión de datos genéticos de carácter personal para fines diagnósticos, terapéuticos y preventivos sólo se podrá llevar a efecto si la persona titular de dichos datos, o su representante, hubiese prestado previamente su consentimiento de modo expreso y por escrito, manteniéndose en todo caso las garantías plenas de confidencialidad y protección referidas en el artículo 8 de esta ley.

Artículo 15. *Conservación de las muestras.*

Las muestras biológicas deberán ser conservadas en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad para la debida asistencia a la persona titular de los datos genéticos, durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Artículo 16. *Cribado genético.*

1. Se realizarán exclusivamente aquellas pruebas de cribado genético que se autoricen de forma expresa por la Consejería competente en materia de salud, previo informe favorable de la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias.

2. La autorización de las pruebas de cribado genético atenderá, al menos, a los criterios de importancia manifiesta de la enfermedad de que se trate como problema de salud, existencia de tratamiento aceptado para la misma, disponibilidad de un análisis adecuado, existencia de un estado latente reconocible o una sintomatología temprana y disponibilidad de recursos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

3. La participación de la población en los programas de cribado genético tendrá carácter libre y voluntario. Las personas participantes en estos programas deberán otorgar por escrito su consentimiento, previo e informado, para someterse a las pruebas que formen parte de aquéllos.

4. La información previa al consentimiento se facilitará por escrito y estará referida a los siguientes contenidos:

a) Finalidad del cribado genético.

b) La naturaleza voluntaria de la participación en el cribado genético.

c) La validez y fiabilidad de las pruebas de cribado y de las pruebas diagnósticas de segundo nivel.

d) La posibilidad de obtener falsos positivos y, en consecuencia, la necesidad de realizar pruebas de segundo nivel para confirmar el diagnóstico.

e) Las posibilidades existentes de tratamiento de la enfermedad una vez diagnosticada.

f) El procedimiento de extracción de la muestra biológica.

g) Los posibles inconvenientes que puedan derivarse del proceso diagnóstico.

5. Reglamentariamente, se determinarán y planificarán los programas de cribado genético, los estándares de calidad de las pruebas de cribado genético y pruebas de confirmación diagnóstica, así como las correspondientes prestaciones e intervenciones sanitarias de seguimiento y asesoramiento que se precisen, incluyendo las opciones reproductivas, así como la información adecuada que debe proporcionarse a la población a la que se ofrezca participar en un cribado genético.

6. Las pruebas de cribado genético se harán empleando análisis genéticos ya evaluados clínicamente en las poblaciones en las que se vayan a usar y contarán con estudios específicos de eficiencia, efectividad y coste.

7. Las pruebas de cribado genético habrán de considerar las características específicas de la población y personas a quienes van dirigidas.

8. En todo lo no previsto en este artículo, se aplicarán a las pruebas de cribado genético las estipulaciones previstas para los análisis genéticos con fines de asistencia sanitaria.

Artículo 17. *Análisis genéticos y consejo genético en el sistema sanitario público de Andalucía.*

1. Los análisis genéticos y el consejo genético se realizarán en el contexto de una atención integral de la salud, por profesionales con las competencias adecuadas para la práctica de los mismos y en las condiciones de calidad que reglamentariamente se determinen.

2. La Consejería competente en materia de salud promoverá la formación, el desarrollo profesional y la capacitación de los profesionales que intervengan en el análisis y consejo genético, en el marco del modelo de desarrollo profesional del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

CAPÍTULO III

Análisis genéticos con fines de investigación biomédica

Artículo 18. *Fines de la investigación biomédica en genética humana.*

Las aplicaciones de la investigación biomédica en genética humana sólo podrán orientarse a procurar la salud de las personas o, en su defecto, mejorar su calidad de vida y prevenir la aparición de enfermedades.

Artículo 19. *Autorización e informe favorable de los proyectos de investigación de genética humana.*

1. La autorización de la Consejería competente en materia de salud y el informe favorable de la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias serán preceptivos para desarrollar un proyecto de investigación sobre genética humana.

2. La comisión podrá establecer aquellos supuestos en que, por razones de especial protección, deban codificarse los datos y/o las muestras biológicas.

Artículo 20. *Protección de las personas que se presten a la realización de análisis genéticos con fines de investigación biomédica.*

Los análisis genéticos con fines de investigación biomédica sólo podrán llevarse a cabo cuando se reúnan las siguientes condiciones:

a) Que no exista un método alternativo a la investigación con seres humanos de eficacia comparable.

b) Que los riesgos que se le puedan ocasionar a la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales de la investigación.

c) Que la persona que se preste a la realización del análisis genético esté informada sobre sus derechos y sobre las garantías que la ley prevé para su protección.

d) Que la persona haya otorgado su consentimiento informado en un documento escrito, de acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de esta ley.

e) Que el proyecto de investigación haya sido autorizado conforme a lo establecido en el artículo 19.

Artículo 21. *Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento a la realización de análisis genéticos con fines de investigación biomédica.*

1. Los análisis genéticos con fines de investigación biomédica sólo podrán realizarse a las personas incluidas en los supuestos del artículo 6 cuando se den las siguientes condiciones:

a) Que se den las condiciones previstas en el artículo 20 a), b), c) y e).

b) Que los resultados previstos de la investigación supongan un beneficio real y directo para su salud.

c) Que la investigación no pueda efectuarse, con una eficacia comparable, con sujetos capaces de prestar su consentimiento a la misma.

d) Que la persona no haya expresado su rechazo a la realización del análisis genético o, en su caso, en su declaración de voluntad vital anticipada.

e) Que se haya prestado el consentimiento informado en un documento escrito en los términos contenidos en el artículo 6.

2. La Consejería competente en materia de salud, de modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la Ley, podrá autorizar una investigación cuyos resultados no supongan un beneficio directo para la salud de la persona, siempre que se cumplan las condiciones enumeradas en los párrafos a), c), d) y e) del apartado 1 anterior, así como las condiciones suplementarias siguientes:

a) Que la investigación tenga por objeto contribuir a lograr resultados que permitan obtener un beneficio para otras personas que padezcan la misma enfermedad o que presenten las mismas características.

b) Que el análisis sólo represente para la persona un riesgo o inconveniente mínimo.

Artículo 22. *Consentimiento informado para la realización de análisis genéticos con fines de investigación biomédica.*

1. El uso de muestras biológicas para la realización de análisis genéticos con fines de investigación biomédica sólo podrá realizarse cuando se haya obtenido previamente el consentimiento informado en un documento escrito de la persona titular de la muestra biológica o de su representante, previa información de las consecuencias y riesgos que puedan suponer para su salud, en los términos establecidos en el presente capítulo.

2. La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial.

Artículo 23. *Consentimiento para la realización de análisis genéticos con fines de investigación biomédica sobre muestras obtenidas con otra finalidad.*

1. Será necesario recabar el consentimiento informado en un documento escrito de la persona titular de la muestra biológica o, en su caso, de su representante legal, para utilizarla con fines de investigación biomédica distintos de aquellos para los que fue obtenida.

2. Para que las muestras biológicas pertenecientes a personas ya fallecidas, y que fueron obtenidas con otra finalidad, puedan ser utilizadas en análisis genético con fines de investigación biomédica, se requiere que la persona titular de las mismas no haya manifestado su voluntad en contra y, además, que el proyecto de investigación tenga

relevancia científica según informe previo y favorable de la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias.

En tal caso, se procederá a la anonimización de la muestra biológica que pudiera facilitar el establecimiento de un nexo entre ésta y la persona de la que procede, garantizándose la confidencialidad de los resultados.

3. En los mismos términos y en el caso de que el titular de una muestra no fuera localizable y no hubiese manifestado expresamente su oposición, se podrá actuar previa autorización dada por la autoridad sanitaria competente, en los términos establecidos reglamentariamente.

Artículo 24. *Revocación del consentimiento.*

1. El consentimiento otorgado podrá revocarse en cualquier momento, totalmente o para determinados fines.

2. La revocación total del consentimiento otorgado conllevará la destrucción de la muestra y la cancelación de los datos genéticos de carácter personal, asociados a la misma.

3. En los casos de revocación parcial del consentimiento, se podrá continuar exclusivamente con aquellos procedimientos de la investigación biomédica para los que se mantenga explícitamente el consentimiento y se procederá a la suspensión del resto de actuaciones, a la destrucción de las muestras biológicas correspondientes y a la cancelación de los datos genéticos asociados a las mismas.

Artículo 25. *Derecho a la información previa.*

Con carácter previo al otorgamiento del consentimiento informado, el investigador facilitará a la persona titular de la muestra biológica o a su representante la siguiente información:

a) Identidad del responsable de la investigación y del centro donde se realiza.

b) Área de investigación a la que se destina la muestra.

c) Finalidad y beneficios esperados en la investigación.

d) Posibles inconvenientes, con expresa mención de la posibilidad de recabar nuevos datos o de que se le puedan solicitar otras muestras.

e) Procedimiento de extracción de la muestra biológica.

f) Banco de ADN humano en que será conservada la muestra y los datos asociados, así como el destino que se dará a ambos al finalizar la investigación.

g) Derecho al acceso a los resultados relevantes para su salud, de acuerdo con los conocimientos científicos médicos.

h) La posibilidad de que se obtenga información relativa a su salud, de las implicaciones que pudieran derivarse para sus familiares y la conveniencia de que el titular trasmita dicha información a aquéllos.

i) Derecho a la revocación del consentimiento en cualquier momento.

j) Garantía de confidencialidad de los datos.

Artículo 26. *Contenido del documento de consentimiento informado.*

1. El consentimiento deberá recogerse en un documento en el que se consignen, enunciados de forma breve y en lenguaje que resulte comprensible para la generalidad de las personas, el contenido del artículo anterior y, al menos, los siguientes extremos:

a) El otorgamiento del consentimiento para un área de investigación determinada.

b) La gratuidad de la donación de la muestra.

c) La posibilidad de revocación del consentimiento en cualquier momento.

d) La identificación de la persona titular de la muestra biológica y, en su caso, de su representante o persona que preste el consentimiento.

e) La identificación del investigador que recaba el consentimiento.

f) La declaración de la persona titular de la muestra biológica o de su representante, en su caso, de haber comprendido adecuadamente la información recibida.

g) Lugar y fecha.

h) La firma de la persona que presta el consentimiento por sí o mediante representación, así como la firma del profesional que solicita el consentimiento.

i) Los datos identificativos del centro en el que se va a realizar el análisis genético.

2. A la persona titular de la muestra biológica, o a su representante, en su caso, se le facilitará una copia de dicho documento.

Artículo 27. *Cesión e intercambio de muestras biológicas anonimizadas.*

Con el fin de contribuir a la cooperación científica, las muestras biológicas anonimizadas, cuyo uso se haya autorizado para la realización de análisis genéticos con fines de investigación biomédica, así como los datos asociados a las mismas, podrán cederse o compartirse entre distintos grupos, centros o instituciones de investigación y desarrollo debidamente acreditados, siempre que los fines de la investigación sean los mismos para los que se autorizaron y se respeten los requisitos de conservación y disponibilidad de las muestras.

Artículo 28. *Plazo de conservación de las muestras.*

Las muestras biológicas serán conservadas únicamente mientras lo exijan los fines de la investigación para los que han sido donadas, salvo que la persona de quien proceda la muestra haya prestado su consentimiento expreso para su uso en otra investigación biomédica.

TÍTULO III

Bancos de ADN humano

Artículo 29. *Régimen jurídico de los bancos de ADN humano.*

1. Los bancos de ADN humano precisarán autorización administrativa previa para su instalación y funcionamiento.

Asimismo, se precisará autorización administrativa previa para proceder a modificar la estructura y el régimen inicial de los bancos de ADN humano.

2. La autorización para la creación de un banco de ADN humano requerirá que su organización, objetivos y medios disponibles revistan un interés científico y sanitario a juicio de la Consejería competente en materia de salud, conforme a los requisitos y al procedimiento que se establezcan reglamentariamente.

3. La persona física o jurídica, pública o privada, o el órgano administrativo que ostente la titularidad de un banco de ADN humano será responsable del mismo.

4. Los bancos de ADN humano contarán con un director científico, que tendrá, al menos, las siguientes obligaciones:

a) Velar por el cumplimiento de la legislación vigente y el respeto de los derechos de las personas.

b) Garantizar la calidad, la seguridad y la trazabilidad de las muestras biológicas almacenadas.

c) Mantener los registros de actividades, muestras genéticas y datos asociados del banco de ADN humano.

d) Suscribir los seguros de responsabilidad necesarios para dar cobertura a posibles daños o perjuicios.

5. Reglamentariamente se establecerán los requisitos y procedimientos sobre protección de datos, controles de calidad, aspectos éticos y de bioseguridad que deban cumplir los bancos de ADN humano, así como la cobertura de los seguros de responsabilidad.

Artículo 30. *Revocación de la autorización de los bancos de ADN humano.*

1. Las autorizaciones administrativas concedidas quedarán sin efecto si se alteran las condiciones originarias que fundamentaron su otorgamiento. La revocación de las

autorizaciones administrativas será acordada por el órgano que las concedió, previo expediente instruido al efecto con audiencia del interesado.

2. Revocada la autorización, se determinará el cierre del banco y se procederá a la integración de todas sus muestras y sus datos asociados en el Banco de ADN humano de Andalucía.

Artículo 31. *El Banco de ADN humano de Andalucía.*

1. Se crea el Banco de ADN humano de Andalucía como una unidad administrativa, integrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2. El Banco de ADN humano de Andalucía tendrá por funciones la recepción, el procesamiento y almacenaje de las muestras biológicas destinadas a la realización de análisis genéticos, procedentes del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como la información asociada a las mismas.

3. El Banco de ADN humano de Andalucía estará integrado por la totalidad de las colecciones de muestras biológicas destinadas a la realización de análisis genéticos, existentes en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y los datos asociados a las mismas.

4. El Banco de ADN humano de Andalucía contará con una dirección científica, nombrada entre profesionales de reconocido prestigio científico en las materias relacionadas con la investigación genética, y una comisión de coordinación integrada por los miembros que se establezcan reglamentariamente.

5. Las funciones de la dirección científica serán, al menos, las siguientes:

a) Velar por el cumplimiento de la legislación vigente y el respeto a los derechos de las personas.

b) Garantizar la calidad, la seguridad y la trazabilidad de las muestras biológicas almacenadas.

c) Cualesquiera otras que se le atribuyan.

6. La composición y reglas de funcionamiento del Banco de ADN humano de Andalucía se determinarán reglamentariamente.

TÍTULO IV

Régimen sancionador

Artículo 32. *Infracciones.*

1. Constituyen infracciones sanitarias las que se encuentran expresamente así recogidas en la presente ley, así como las acciones u omisiones de las personas responsables, tipificadas y sancionadas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y demás normativa que resulte de aplicación en materia de investigación sanitaria y centros sanitarios.

2. Las infracciones se calificarán como muy graves, graves o leves, atendiendo a la lesividad del hecho, a la cuantía del eventual beneficio obtenido, a la alteración sanitaria y social producida, a la reincidencia en la comisión de una infracción de la misma naturaleza en el término de un año, si así se hubiere declarado por resolución firme, y a su grado de intencionalidad.

Artículo 33. *Tipificación de infracciones.*

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 35 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en el artículo 25 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, se tipifican como infracciones sanitarias las siguientes:

a) Infracciones muy graves:

1.ª La realización de análisis genéticos con fines diferentes a los de la asistencia sanitaria e investigación biomédica, en los términos previstos en la presente ley.
2.ª La utilización de los datos obtenidos de los análisis genéticos con fines diferentes a los de la asistencia sanitaria e investigación biomédica, en los términos previstos en la presente ley.

b) Infracciones graves:

1.ª La realización de análisis genéticos sin la preceptiva autorización del proyecto de investigación.
2.ª El uso de muestras biológicas sin contar con el pertinente consentimiento.
3.ª El uso de muestras biológicas con fines distintos a los autorizados.
4.ª El pago efectuado por la obtención de muestras biológicas.
5.ª La realización de cribado genético sin contar con la preceptiva autorización.

c) Infracciones leves:

El incumplimiento de cualquier obligación o la vulneración de cualquier prohibición previstas en esta ley, siempre que no proceda su calificación como infracciones graves o muy graves.

Artículo 34. *Sanciones.*

1. Las infracciones a las previsiones contenidas en la presente ley serán sancionadas con las multas y demás medidas previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y demás normativa que resulte de aplicación en materia de investigación sanitaria y centros sanitarios.
2. Las infracciones sanitarias previstas en la presente ley serán sancionadas con multas de acuerdo con la siguiente graduación:

a) Infracciones leves, hasta seis mil euros.
b) Infracciones graves, desde seis mil un euros hasta sesenta mil euros.
c) Infracciones muy graves, desde sesenta mil un euros hasta un millón de euros.

3. Serán órganos competentes para la imposición de sanciones:

a) La persona titular de la Delegación Provincial de la Consejería en materia de salud, para aquellas de cuantía de hasta seis mil euros.
b) La persona titular de la Dirección General competente en materia de investigación sanitaria y centros sanitarios, para multas cuya cuantía oscile entre seis mil un euros y dieciocho mil euros.
c) La persona titular de la Consejería competente en materia de salud, para multas cuya cuantía oscile entre dieciocho mil un euros y sesenta mil euros.
d) El Consejo de Gobierno, para multas cuya cuantía oscile entre sesenta mil un euros y un millón de euros.

4. Sin perjuicio de las sanciones previstas en este artículo, las infracciones graves o muy graves llevarán aparejadas la revocación de la autorización concedida para la investigación o actividad de que se trate. Asimismo, en casos excepcionalmente graves, podrá acordarse la exclusión de autorización de cualquiera de las actividades reguladas en esta ley por un periodo de uno a cinco años. Para la imposición de esta medida se tendrán en cuenta el riesgo generado, la repercusión social de la infracción, el beneficio que haya reportado al infractor la conducta sancionada y la previa comisión de una o más infracciones contra esta ley, cuando no haya servido para tipificar la sanción.

Disposición adicional primera. *Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias.*

1. Los informes de la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias, previstos en la presente ley, tendrán carácter vinculante.
2. La Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias podrá delegar la emisión de los informes previstos en la presente ley en las Comisiones de Ética e Investigación Sanitarias de los centros hospitalarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Previamente deberá haber redactado un protocolo unificador de criterios, en el que se establecerán, en su caso, los criterios éticos de obligado cumplimiento.

Disposición adicional segunda. *Funcionamiento del Banco de ADN humano de Andalucía.*

En el plazo de seis meses, desde la entrada en vigor de la presente ley, entrará en funcionamiento el Banco de ADN humano de Andalucía.

Disposición transitoria primera. *Muestras biológicas.*

Las muestras biológicas que existieran a la entrada en vigor de la presente ley podrán ser utilizadas para la realización de análisis genéticos con fines de investigación biomédica, siempre que se recabe el consentimiento de las personas titulares de las mismas o de sus representantes, en los términos previstos en esta ley.

Disposición transitoria segunda. *Colecciones de muestras biológicas.*

Las colecciones de muestras biológicas, públicas o privadas, obtenidas con la finalidad de análisis genéticos y datos asociados, existentes al tiempo de la entrada en vigor de la presente ley, dispondrán del plazo de un año, desde dicha fecha, para constituirse como bancos de ADN humano siempre que se cumplan los requisitos establecidos en el Título III de esta ley y en las normas que la desarrollen.

Transcurrido el plazo previsto en el párrafo anterior, las colecciones de muestras y datos asociados que no se hubieran constituido como bancos de ADN humano se integrarán en el Banco de ADN humano de Andalucía.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo previsto en la presente ley.

Disposición final única. *Habilitación normativa.*

Se autoriza al Consejo de Gobierno a dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo de la presente ley, y, en particular, para revisar y actualizar las cuantías de las multas, teniendo en cuenta la variación de los índices de precios al consumo.

§ 5

Ley 1/2024, de 21 de junio, de creación del Instituto de Salud de Andalucía

Comunidad Autónoma de Andalucía
«BOJA» núm. 125, de 28 de junio de 2024
«BOE» núm. 163, de 6 de julio de 2024
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2024-13825

EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

A todos los que la presente vieren, sabed: Que el Parlamento de Andalucía ha aprobado y yo, en nombre del Rey y por la autoridad que me confieren la Constitución y el Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley de creación del Instituto de Salud de Andalucía.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La Constitución Española, en su artículo 44.2, determina que los poderes públicos promoverán la ciencia y la investigación científica y técnica en beneficio del interés general, atribuyendo al Estado, en su artículo 149.1.15.ª, la competencia exclusiva en su fomento y coordinación general, sin perjuicio de la posible asunción de competencias por las comunidades autónomas para su fomento, en virtud del artículo 148.1.17.ª

En materia de investigación científica y técnica, el artículo 54.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía atribuye a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva con relación a los centros y estructuras de investigación de la Junta de Andalucía y a los proyectos financiados por esta, que incluye, entre otras actuaciones, el establecimiento de líneas propias de investigación, y el seguimiento, control y evaluación de los proyectos; la organización, régimen de funcionamiento, control, seguimiento y acreditación de los centros y estructuras radicadas en Andalucía; la regulación y la formación profesional del personal investigador y de apoyo a la investigación, y la difusión de la ciencia y la transferencia de resultados.

El artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, así como la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos. Asimismo, en virtud de dicho artículo le corresponde la competencia compartida en materia

de régimen estatutario y formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria.

Por su parte, el artículo 47.1.1.ª del Estatuto de Autonomía atribuye a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia exclusiva sobre la regulación de los órganos administrativos públicos de Andalucía y de sus organismos autónomos. Igualmente, el artículo 158 establece expresamente que la Comunidad Autónoma podrá constituir entes instrumentales para la ejecución de funciones de su competencia.

Atendiendo a dichos títulos competenciales, la presente Ley crea el Instituto de Salud de Andalucía para establecer un entorno institucional favorable a la generación del conocimiento, al desarrollo, a la innovación y a la consolidación de la calidad en el ámbito de la salud, que permita una inversión pública y privada más eficaz, el fomento de la incorporación del talento en un contexto de estabilidad presupuestaria y financiera, y una mayor cobertura de los servicios comunes de apoyo en la realización de sus cometidos específicos en las referidas materias. Todo ello, acompañado de un control de su gestión a través de los mecanismos públicos establecidos.

En este sentido, la creación del Instituto de Salud de Andalucía responde a la necesidad de avanzar en la búsqueda de las adecuadas sinergias en el ámbito de la gestión pública de la investigación, el desarrollo, la innovación y la calidad, de potenciar la labor investigadora y de servicios técnicos del Instituto cuyas características, por razones de eficacia, justifican su organización y desarrollo en régimen de una especial autonomía de gestión respecto de los órganos de la consejería con competencias en materia de salud.

Además, se hace preciso señalar la importante contribución de la salud pública a la generación de las condiciones de vida más favorecedoras para la salud de la población, a la promoción de las conductas y estilos de vida más saludables y a la protección de la salud ante las amenazas y los riesgos, visión que transforma la actividad vinculada a la salud desde un posicionamiento reactivo, de respuesta al accidente patológico, hacia un posicionamiento proactivo de anticipación, promoción y mejora del bienestar de las personas.

Para lograr todo ello, se hace necesario proceder a la integración de dos entidades instrumentales ya existentes, la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, y de una parte de la organización administrativa de la Consejería competente en materia de salud, concretamente el órgano directivo con competencia en materia de investigación, desarrollo e innovación en salud, en una agencia administrativa de nueva creación que sirva a los principios de eficacia, eficiencia, calidad, coordinación, rendición de cuentas y cooperación con el resto de los agentes del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Siendo las funciones que desarrollará el Instituto las propias de una Administración Pública, la presente ley determina que la forma jurídica más apropiada para el nuevo ente debe ser la de agencia administrativa, de conformidad con los artículos 65 a 67 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

Además de establecer la naturaleza y el régimen jurídico del Instituto, la ley aborda sus recursos humanos, tipología y el régimen jurídico de su personal. En este sentido, la incorporación al Instituto del órgano directivo competente en materia de investigación, desarrollo e innovación en salud permitirá dotarlo de personal funcionario para poder ejercer potestades públicas.

Aparte del personal funcionario dedicado a las funciones habituales de administración general en una agencia administrativa, el nuevo Instituto requiere personal funcionario para el ejercicio de las funciones de investigación, desarrollo e innovación. Así pues, mediante la disposición adicional trigésima cuarta de la Ley 5/2023, de 7 de junio, de la Función Pública de Andalucía, se creó, en el Cuerpo Superior Facultativo, la especialidad de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud, y en el Cuerpo Técnico Facultativo, la especialidad de Investigación Técnica Biomédica y en Ciencias de la Salud. Estas especialidades son necesarias para el desarrollo de las competencias en materia de investigación, desarrollo e innovación, transferencia de tecnología, consultoría, mejora de la calidad y formación especializada en el ámbito de la investigación básica preclínica y en el marco de los fines asignados al Instituto.

Como complemento a dicha regulación, la disposición adicional primera de la presente ley regula aspectos específicos referidos a la especialidad de Investigación Biomédica, del Cuerpo Superior Facultativo y en Ciencias de la Salud, y la especialidad de Investigación Técnica Biomédica y en Ciencias de la Salud, del Cuerpo Técnico Facultativo.

La creación de estas especialidades debe entenderse en relación con los ámbitos académicos y científicos resultantes de la agrupación de áreas de conocimiento afines, establecidos en la Orden UNI/419/2023, de 17 de abril, por la que se modifica el anexo I del Real Decreto 1312/2007, de 5 de octubre, por el que se establece la acreditación nacional para el acceso a los cuerpos docentes universitarios.

La naturaleza de agencia administrativa del nuevo Instituto conlleva aplicar todas las garantías, para la ciudadanía, propias del procedimiento administrativo, disponer de las especialidades propias de las administraciones públicas en su relación con la Administración de Justicia, someter sus relaciones laborales al régimen de los empleados públicos, seguir la normativa propia de las subvenciones públicas en sus procedimientos de concesión de ayudas, proteger sus bienes mediante la normativa de bienes públicos y ejercer verdaderas potestades públicas, con pleno sometimiento a las garantías propias del Derecho Público.

II

La exigencia de contar con un sector público ordenado, coherente y sin duplicidades emana directamente del mandato de actuación eficaz impuesto a todas las administraciones públicas por el artículo 103.1 de la Constitución Española. Este mandato constitucional se recoge para todos los poderes públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el artículo 10.4, en conexión con el 10.3. 11.º, y en el artículo 40.2, en conexión con el artículo 37.13.º, del Estatuto de Autonomía, y se reitera, para la Administración de la Junta de Andalucía, en el artículo 133 del Estatuto de Autonomía, donde también se añade la obligación de que esta actúe de acuerdo con el principio de racionalidad organizativa.

En dicho contexto, y en el marco de lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, en relación con el necesario sistema de supervisión de las entidades que integran su sector público, al objeto de comprobar la subsistencia de los motivos que justificaron su creación y su sostenibilidad financiera, la creación del Instituto de Salud de Andalucía viene a transformar el entorno institucional de la investigación biomédica y en ciencias de la salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía, mediante la asunción de los fines y objetivos de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, y la integración del órgano directivo competente en materia de investigación en salud de la Consejería competente en materia de salud.

Considerando su objetivo general y de acuerdo con los informes de auditoría operativa de la Intervención General de la Junta de Andalucía, presentados ante el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, con fecha 27 de julio de 2021, la presente ley se enmarca en los esfuerzos de racionalización del sector público andaluz desde una doble perspectiva: la reordenación de los principales entes instrumentales con que cuenta la Junta de Andalucía en materia de formación, gestión del conocimiento y de investigación en salud, y la simplificación del régimen jurídico al que se encuentran sometidos, adaptándolo a la normativa vigente y estableciendo aquellas especialidades que puedan estar justificadas por la especificidad de sus funciones.

III

De conformidad con lo previsto en el artículo 56 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, se regula en este texto normativo, el tipo de entidad que se crea, una agencia administrativa, con indicación de sus fines, así como los recursos económicos de la misma, su régimen de personal y otras materias en atención a su naturaleza y fines. La ley determina la doble naturaleza y régimen jurídico del Instituto, como agencia administrativa de la Junta de Andalucía y como organismo público de investigación.

El Instituto, en cuanto organismo público de investigación, se regirá por lo dispuesto en la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, y en la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, Andaluza de la Ciencia y el Conocimiento.

De conformidad con el artículo 47.1 de la Ley 14/2011, de 1 de junio, son organismos públicos de investigación los creados para la realización directa de actividades de investigación científica y técnica, de actividades de prestación de servicios tecnológicos y de aquellas otras actividades de carácter complementario, necesarias para el adecuado progreso científico y tecnológico de la sociedad, que les sean atribuidas por esta ley o por sus normas de creación y funcionamiento.

En este sentido, le resulta de aplicación lo previsto en la disposición adicional vigésima de la Ley 14/2011, de 1 de junio, que dispone que los centros y estructuras de investigación propios de una Comunidad Autónoma que haya asumido estatutariamente la competencia exclusiva para la regulación de sus propios centros de investigación se regirán por la normativa aprobada a tal efecto por su Comunidad Autónoma, sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición final novena respecto de la extensión a los mismos de los artículos de carácter básico o de aplicación general de esta ley.

La Ley 14/2011, de 1 de junio, ha sido recientemente modificada en aras de fomentar el desarrollo de la carrera y desarrollo profesional del personal investigador, de aplicar la normativa reguladora de la transferencia de conocimiento y de resultados de la actividad investigadora, y la coordinación y colaboración entre agentes tanto públicos como privados, entre otras.

La calificación como organismo público de investigación del Instituto le permitirá acceder a ciertos regímenes jurídicos especiales en materia de convenios, patentes, contratación pública o contratación de personal, en los términos previstos en la citada Ley 14/2011, de 1 de junio, en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo, 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, y en la normativa laboral.

Asimismo, su configuración como organismo público de investigación posibilitará al Instituto complementar algunas de las capacidades docentes que hasta ahora vienen desarrollando la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud o la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, beneficiándose del régimen especial de citas y reseñas e ilustración con fines educativos o de investigación científica, regulado en el artículo 32 del texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, y que se encuentra reservado al profesorado de la educación reglada impartida en centros integrados en el sistema educativo español y al personal de universidades y organismos públicos de investigación en sus funciones de investigación científica.

La configuración del Instituto como organismo público de investigación tiene, asimismo, importantes repercusiones en el ámbito de la investigación y educación superior y de su colaboración con las universidades. De esta forma, la Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario prevé, en su artículo 14, la colaboración y cooperación de las universidades con los organismos públicos de investigación. Dicha colaboración podrá desarrollarse mediante convenios, tal y como se prevé en el artículo 34 de la Ley 14/2011, de 1 de junio. Por su parte, el personal investigador del Instituto, en posesión del título de doctor, podrá realizar funciones de dirección de tesis doctorales, previo acuerdo del órgano responsable del programa de doctorado de la respectiva universidad; y el personal perteneciente a los cuerpos docentes universitarios podrá ocupar puestos de trabajo adscritos al Instituto para realizar labores relacionadas con la investigación científica y técnica, mediante los mecanismos de movilidad previstos en la normativa de recursos humanos y función pública.

De esta forma, el Instituto se alinea, en cuanto a su naturaleza y configuración, con los principales organismos públicos de investigación de ámbito estatal, como son el Instituto de Salud Carlos III o el Centro Superior de Investigaciones Científicas, y de ámbito autonómico en Andalucía, como el Instituto Andaluz de Investigación y Formación Agraria y Pesquera.

Sin perjuicio de que, conforme a lo expuesto, la naturaleza de agencia administrativa es la que mejor se adapta a la prestación de los servicios públicos que se encomiendan al Instituto, ello no impedirá que, de forma complementaria a su actividad principal, pueda desarrollar servicios a terceros en el mercado, tal y como venían siendo prestados por la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y por la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA. Este tipo de actividades son propias de los organismos públicos de investigación, y son reguladas como «transferencia de resultados de la investigación», siendo habitual que

cuenten con una Oficina de Transferencia de Resultados de la Investigación encargada de tramitar los contratos que permiten la prestación de sus servicios.

Por su parte, la aplicación de lo dispuesto en la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, promoverá en el Instituto un entorno favorable para la generación, desarrollo y aprovechamiento compartido del conocimiento en el marco del Sistema Andaluz del Conocimiento.

IV

El capítulo I de la ley aborda el objeto, naturaleza y régimen jurídico, y fines del Instituto. Por su parte, los capítulos II y III, respectivamente, regulan los recursos económicos y humanos, y el régimen de propiedad intelectual e industrial.

La disposición adicional primera regula las especificidades de las nuevas especialidades creadas por la disposición adicional trigésima cuarta de la Ley 5/2023, de 7 de junio. Las disposiciones adicionales segunda, tercera y cuarta establecen, respectivamente, el régimen de integración de bienes y derechos en el Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Andalucía y su adscripción al Instituto de Salud de Andalucía, el régimen de integración del personal al servicio de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, y el régimen de adscripción del personal de la Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en salud, de la Consejería de Salud y Consumo. La disposición adicional quinta regula las sedes del Instituto.

En las disposiciones transitorias se regula el ejercicio de funciones asignadas, el régimen presupuestario y la representación sindical y unitaria.

La disposición derogatoria única hace referencia a la derogación de cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en la ley, y expresamente los artículos 47 y 48 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

En las disposiciones finales primera, segunda, tercera y cuarta, la ley regula la modificación de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, la modificación de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, la modificación de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y la modificación de la Ley 5/2023, de 7 de junio.

Por último, las disposiciones finales quinta, sexta y séptima abordan la efectiva puesta en funcionamiento, el desarrollo normativo y habilitación, y la entrada en vigor.

V

En la elaboración de la presente ley se ha tenido en cuenta la perspectiva de igualdad de género y su fomento, considerando sistemáticamente las prioridades y necesidades propias de las mujeres y de los hombres afectados por su aplicación, teniendo en cuenta su incidencia en la situación específica de unas y otros para eliminar los posibles efectos discriminatorios, de conformidad con el principio de transversalidad de género, recogido en el artículo 5 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.

Asimismo, esta ley responde a los principios de buena regulación del artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, así como a lo previsto en el artículo 7 del Decreto 622/2019, de 27 de diciembre, de administración electrónica, simplificación de procedimientos y racionalización organizativa de la Junta de Andalucía.

En este sentido, la ley atiende al principio de necesidad y eficacia porque contribuye al interés general, dado que la Junta de Andalucía, con la finalidad de acomodar el sector público andaluz a las nuevas circunstancias económicas y financieras, ha llevado a cabo una serie de medidas que tenían como objetivo básico mejorar la gestión, la calidad en la prestación de los distintos servicios públicos y el desarrollo de las funciones que les son propias a las consejerías, teniendo en consideración los medios personales y materiales disponibles y desarrollando el máximo posible de las potestades administrativas con sus propios recursos. La necesidad de reordenación de la administración institucional de la Junta de Andalucía en el ámbito de la Consejería competente en materia de salud se cumple con la creación de esta agencia.

Se adecúa al principio de proporcionalidad, puesto que contiene la regulación imprescindible para atender la necesidad de cubrir con la norma, tras constatar que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos o que impongan menos obligaciones a las personas destinatarias. En este sentido, todas las medidas e instrumentos propuestos han sido examinados junto a las alternativas existentes para la consecución del mismo resultado, considerando la proporcionalidad de cada una de ellas a la finalidad que persigue, sin que se establezcan cargas u obligaciones innecesarias a las futuras personas y entidades destinatarias.

Se garantiza el principio de seguridad jurídica, puesto que el texto de la ley resulta coherente con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea. De esta manera genera un marco normativo estable, predecible, integrado, claro y de certidumbre, que facilita su conocimiento y comprensión y, en consecuencia, la actuación y toma de decisiones de las personas y entidades afectadas.

Se adecúa al principio de transparencia, dado que con carácter previo a su tramitación se ha sometido a consulta pública previa. Igualmente, los objetivos de esta iniciativa y su justificación aparecen en la parte expositiva del mismo. Por último, en la fase de informes preceptivos, audiencia e información pública toda la ciudadanía ha dispuesto de acceso y conocimiento del contenido del proyecto y de los documentos propios de su proceso de elaboración a través de su publicación en la sección de transparencia del portal de la Junta de Andalucía, en cumplimiento de las obligaciones de publicidad activa establecidas en la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía, y a la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, sobre la información de relevancia jurídica.

Por último, cumple con el principio de eficiencia por la contribución a la racionalización en la gestión de los recursos públicos en materia de investigación, desarrollo e innovación en salud que supone a creación del Instituto, considerándose que la aplicación de la presente ley no implica el establecimiento de cargas administrativas innecesarias a las personas y entidades destinatarias.

CAPÍTULO I

Objeto, naturaleza, régimen jurídico y fines

Artículo 1. *Objeto.*

1. La presente ley tiene por objeto la creación del Instituto de Salud de Andalucía, en adelante el Instituto, mediante la asunción de las funciones, personal y medios de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, y de una parte de la organización administrativa de la actual Consejería competente en materia de salud, en concreto, del órgano directivo competente en materia de investigación, desarrollo e innovación en salud.

2. La creación del Instituto implica la cesión e integración global, en unidad de acto, de todo el activo y el pasivo de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud y de la Escuela Andaluza de Salud Pública SA, con sucesión universal de derechos y obligaciones, así como la integración del personal, de acuerdo con los procedimientos establecidos al efecto, sin que suponga una alteración de las condiciones financieras, de las obligaciones asumidas por las entidades citadas ni constituya causa de resolución de las relaciones jurídicas, sin perjuicio de lo establecido en las demás disposiciones de la presente ley.

3. La asunción por parte del Instituto de los fines, funciones, personal y bienes de las entidades citadas en el apartado uno, conlleva la sustitución de sus respectivas personas jurídicas, conforme a los procedimientos legalmente establecidos para ello.

Artículo 2. *Naturaleza y régimen jurídico.*

1. El Instituto es una agencia administrativa de las previstas en el artículo 54.2.a) de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

2. Asimismo, el Instituto ostenta la condición de organismo público de investigación del Sistema Andaluz del Conocimiento, de los previstos en el artículo 32 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, Andaluza de la Ciencia y el Conocimiento.

3. El Instituto, en cuanto organismo público de investigación, se regirá por lo dispuesto en la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, en la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, y demás normativa de aplicación.

4. El Instituto, perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía, se someterá al control de eficacia de la Consejería de adscripción, sin perjuicio de las competencias atribuidas a la Consejería competente en materia de hacienda por el texto refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

5. El Instituto se regirá, en cuanto a su organización y funcionamiento, por lo previsto en la presente ley, por sus estatutos y por las demás disposiciones que la desarrollen. Asimismo, se regirá por la Ley 9/2007, de 22 de octubre, el texto refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, la Ley 4/1986, de 5 de mayo, del Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Andalucía y demás normativa de aplicación.

Artículo 3. *Fines.*

Son fines del Instituto los siguientes:

a) Fomentar la investigación, el desarrollo, la innovación, la transferencia y el emprendimiento en salud y salud pública dentro del marco del Sistema Andaluz del Conocimiento y del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación.

b) Promover la excelencia en la atención sanitaria y el desarrollo profesional.

c) Fomentar la formación en materia de salud y salud pública de la población andaluza, atendiendo especialmente a la cualificación profesional del personal al servicio del Sistema Sanitario Público de Andalucía con carácter prioritario y, en su caso, de otras organizaciones sanitarias.

d) Impulsar la generación y gestión del conocimiento en los campos de la salud pública para promover un desarrollo equilibrado de la salud colectiva y generar en Andalucía las condiciones sociales que aseguren una salud óptima en términos de equidad para toda la población, así como en el área de la gestión de los servicios sanitarios.

e) Generar procesos de formación, asesoramiento, cooperación nacional e internacional e investigación, y crear espacios de colaboración y redes, entre otros, con organizaciones científicas y académicas, entidades sin ánimo de lucro, centros públicos y privados, grupos sociales y asociaciones de pacientes en general, que posibiliten la gestión del conocimiento, la salud pública, la mejora de las competencias clínicas, investigadoras y de innovación y el buen gobierno de los sistemas de salud.

f) Impulsar la mejora del Sistema Sanitario Público de Andalucía para mejorar los resultados en salud y salud pública.

g) Favorecer la interacción público privada para el desarrollo de la investigación y la innovación en el ámbito de la salud y de la salud pública.

CAPÍTULO II

Recursos económicos y humanos

Artículo 4. *Recursos económicos.*

El Instituto dispondrá, para el cumplimiento de sus fines, de los siguientes recursos económicos:

a) Las dotaciones presupuestarias que anualmente le asigne la Ley del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

b) Las subvenciones o dotaciones presupuestarias que, con cargo al presupuesto de cualquier otro ente público o privado, pudieran corresponderle.

c) Los ingresos que perciba como contraprestación por las actividades que pueda desarrollar en virtud de contratos o convenios para otras entidades públicas o privadas o personas físicas, incluyendo aquellos recibidos como consecuencia del patrocinio de actividades o instalaciones.

d) Los ingresos que perciba como contraprestación por las actividades que pueda desarrollar en virtud de disposiciones legales que establezcan la afectación de dichos ingresos a los fines del Instituto.

e) Los ingresos devengados por la explotación o uso de sus soluciones, aplicativos o desarrollos tecnológicos.

f) El producto de la enajenación de los bienes y valores que constituyan su patrimonio, conforme a la legislación patrimonial de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

g) El rendimiento procedente de sus bienes y valores, de conformidad con la normativa en materia de hacienda pública de la Junta de Andalucía.

h) Las aportaciones voluntarias, donaciones, herencias, legados y cualquier otra transmisión a título gratuito de particulares o empresas privadas, conforme a la legislación patrimonial de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

i) Cualquier otro ingreso público o privado que pudiera corresponderle conforme a la legislación vigente.

j) Cualquier otro recurso que se le pueda atribuir.

Artículo 5. *Tipología y régimen jurídico del personal del Instituto.*

1. El personal del Instituto estará formado por:

a) El personal funcionario de la Administración General de la Junta de Andalucía destinado en el Instituto, de acuerdo con lo que establezca la relación de puestos de trabajo.

El régimen jurídico será el establecido para el personal funcionario al servicio de la Administración de la Junta de Andalucía, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.a) de la Ley 5/2023, de 7 de junio, de la Función Pública de Andalucía.

b) El personal investigador, docente y consultor, tanto en régimen de personal funcionario como de personal laboral temporal, contratado al amparo de la Ley 14/2011, de 1 de junio, y de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre.

En el caso de personal investigador funcionario le será de aplicación lo establecido en el artículo 3.1.f) de la Ley 5/2023, de 7 de junio.

c) El personal laboral sujeto al convenio colectivo del personal laboral de la Administración General de la Junta de Andalucía que se determine en la relación de puestos de trabajo.

El régimen jurídico de este personal será el establecido en el artículo 2.b) de la Ley 5/2023, de 7 de junio.

d) El personal laboral del Instituto procedente de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA.

2. El personal investigador funcionario de las especialidades que se crean en la disposición adicional trigésima cuarta de la Ley 5/2023, de 7 de junio, se regirá por lo dispuesto en dicha ley, en el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por lo dispuesto en la Ley 14/2011, de 1 de junio, y en la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, y, supletoriamente, por la normativa de desarrollo de función pública que le sea de aplicación.

3. El Instituto podrá contratar personal investigador y personal técnico al que se refiere el artículo 39 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, de conformidad con las modalidades contractuales y supuestos específicos previstos en la legislación vigente en materia de ciencia, tecnología e innovación.

El régimen jurídico aplicable a estas modalidades de contrato de trabajo será el que se establece en la Ley 14/2011, de 1 de junio, y en sus normas de desarrollo, en el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, y en sus normas de desarrollo, así como en los convenios colectivos aplicables y, en su caso, en el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

El personal así contratado no ocupará puestos de la relación de puestos de trabajo y los contratos no necesitarán, para su formalización, la autorización previa de la Consejería competente en materia de Administración pública, bastando tras su firma la comunicación al órgano directivo competente en materia de recursos humanos y función pública, a efectos de

su control y seguimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para cada ejercicio.

CAPÍTULO III

Propiedad intelectual e industrial

Artículo 6. *Invenciones y patentes.*

1. Corresponden al Instituto las invenciones realizadas por su personal investigador en el ejercicio de las funciones que le son propias, cualquiera que sea la naturaleza de la relación jurídica por la que estén vinculados al Instituto, de acuerdo con lo previsto en el artículo 21 de la Ley 24/2015, de 24 de julio, de Patentes, y en el artículo 55 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre.

El personal investigador tendrá, en todo caso, derecho a participar en los beneficios que obtenga el Instituto de la explotación o de la cesión de sus derechos sobre dichas invenciones, de acuerdo con lo previsto sobre incentivación especial en el artículo 61 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, y en el artículo 21 de la Ley 24/2015, de 24 de julio, y las normas de desarrollo reglamentario aprobadas por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. Esta participación no tendrá, en ningún caso, naturaleza retributiva o salarial.

2. Corresponden también al Instituto los derechos de explotación relativos a la propiedad intelectual derivada de las actividades desarrolladas en él, en virtud del artículo 51 del texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril.

3. El personal investigador también tendrá derecho a una incentivación especial en atención a los resultados en la producción y explotación de la obra, que se fijará en función de la importancia comercial de aquella y teniendo en cuenta las aportaciones propias del empleado, conforme a lo previsto en el artículo 61 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, y en el Decreto 16/2012, de 7 de febrero, por el que se regula la gestión y transferencia de los resultados de las actividades de investigación, desarrollo e innovación cuya titularidad corresponda a las agencias y a las demás entidades instrumentales dependientes de la Consejería competente en materia de salud, y a lo que dispongan las normas de desarrollo reglamentario aprobadas por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. Esta participación tampoco tendrá, en ningún caso, naturaleza retributiva o salarial.

4. Lo dispuesto en los apartados 1, 2 y 3 será de aplicación sin perjuicio de los derechos reconocidos a otras entidades legalmente o mediante los contratos, convenios o conciertos por los que se rijan las actividades de investigación, desarrollo e innovación y a los que hace referencia el artículo 17.2 de la Ley 24/2015, de 24 de julio, y el artículo 21.2 del texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, de 12 de abril.

5. La transmisión a terceros de derechos sobre los resultados de la actividad investigadora, bien se trate de cesión de la titularidad de una patente o de concesión de licencias de explotación sobre la misma, o de las transmisiones y contratos relativos a la propiedad intelectual, se regirá por lo previsto en el artículo 59 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, y demás preceptos concordantes. En todo caso, los contratos tipo o modelos en esta materia serán aprobados previamente por el órgano que determinen los estatutos de la entidad.

Artículo 7. *Difusión en acceso abierto y cláusulas de confidencialidad y exclusividad.*

1. El Instituto impulsará y participará en el desarrollo de repositorios, propios o compartidos, de acceso abierto con las publicaciones de su personal y establecerá sistemas que permitan conectarlos con iniciativas similares de ámbito nacional e internacional.

2. El personal investigador del Instituto y cualquier otro personal cuya actividad investigadora esté financiada mayoritariamente con fondos otorgados o gestionados por el Instituto, hará pública una copia digital de la versión final de los contenidos que le hayan sido aceptados en publicaciones de investigación seriadas o periódicas, tan pronto como resulte posible y no más tarde de los doce meses después de la fecha oficial de publicación.

Estas versiones digitales se publicarán, como mínimo, en los repositorios de acceso abierto del Instituto, propios o compartidos, previstos en el apartado 1 de este artículo.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados 1 y 2, los convenios, acuerdos y contratos que concluya el Instituto con otras entidades podrán establecer cláusulas relativas a la confidencialidad o a la atribución a terceros de la exclusividad de los derechos de explotación de las publicaciones derivadas de las actividades realizadas, siempre que el proyecto de investigación y el personal investigador sean mayoritariamente financiados por tales entidades. De igual modo, lo dispuesto en los apartados 1 y 2 no será de aplicación cuando los derechos sobre los resultados de la actividad de investigación, desarrollo e innovación sean susceptibles de protección industrial.

Disposición adicional primera. *Especialidad de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud, del Cuerpo Superior Facultativo, y especialidad de Investigación Técnica Biomédica y en Ciencias de la Salud, del Cuerpo Técnico Facultativo, creadas en la disposición adicional trigésima cuarta de la Ley 5/2023, de 7 de junio, de la Función Pública de Andalucía.*

1. El sistema de acceso para el ingreso en la especialidad de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud, del Cuerpo Superior Facultativo, y en la especialidad de Investigación Técnica Biomédica y en Ciencias de la Salud, del Cuerpo Técnico Facultativo, será el concurso oposición.

2. Los estatutos del Instituto regularán, de manera específica, el sistema de acceso a las especialidades previstas en el apartado anterior, atendiendo, en la fase de concurso, a los criterios de producción científica, contribución a la innovación tecnológica y otros méritos, así como el sistema de superación de las pruebas de la fase de oposición. El certificado R3 como persona investigadora establecida o equivalente será reconocido, de forma que tendrá efectos de exención o compensación de parte de las pruebas o fases de evaluación curricular de la fase de concurso.

3. El personal funcionario de la especialidad de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud, del Cuerpo Superior Facultativo, y de la especialidad de Investigación Técnica Biomédica y en Ciencias de la Salud, del Cuerpo Técnico Facultativo, de la Administración de la Junta de Andalucía, así como el resto del personal funcionario destinado en el Instituto, desarrollará su carrera profesional en el Instituto con arreglo a lo establecido en la Ley 5/2023, de 7 de junio, y a la normativa de desarrollo en materia de función pública vigente y, en el caso del personal investigador, de acuerdo con la normativa específica que se dicte para adecuar las de función pública a las características de dicho personal.

4. La relación de puestos de trabajo contemplará el carácter exclusivo y excluyente de los puestos correspondientes a la especialidad de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud, del Cuerpo Superior Facultativo, y a la especialidad de Investigación Técnica Biomédica y en Ciencias de la Salud, del Cuerpo Técnico Facultativo. Este personal funcionario, mientras permanezca en activo en dichos cuerpos, solo podrá desempeñar estos puestos reservados a dichas especialidades.

Disposición adicional segunda. *Integración de bienes y derechos en el Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Andalucía y adscripción al Instituto de Salud de Andalucía.*

1. Con la entrada en vigor de los estatutos, el Instituto quedará subrogado en todas las relaciones jurídicas, derechos y obligaciones de los que son titulares la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA. Los bienes y derechos de los que ambas entidades sean titulares y que sean susceptibles de ello se incorporarán al Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Andalucía, previa depuración física y jurídica de los mismos.

2. Sin perjuicio de los cambios que más adelante puedan acordarse en su administración y gestión, quedan adscritos al Instituto cuantos medios materiales, muebles e inmuebles, pertenezcan en la actualidad a la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y a la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, o se encuentren adscritos a la Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud.

Disposición adicional tercera. *Régimen de integración del personal al servicio de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA.*

1. El personal que viniera prestando sus servicios en la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y en la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, se integra en el Instituto, con todos los derechos y obligaciones laborales y sociales inherentes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Este personal tendrá la consideración de personal laboral del Instituto de Salud de Andalucía sin que pueda ser considerado personal laboral de la Administración General de la Junta de Andalucía.

2. El acceso de este personal a la condición de personal funcionario o laboral de la Administración General de la Junta de Andalucía solo podrá efectuarse mediante la participación en las correspondientes pruebas selectivas de acceso libre convocadas en ejecución de ofertas de empleo público.

3. El Instituto se subroga en los derechos y obligaciones derivados de los contratos de trabajo del personal laboral de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, y de los convenios colectivos vigentes, así como de los acuerdos derivados de la interpretación de los mismos.

4. La masa salarial inicial del personal laboral al servicio del Instituto procedente de Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, no podrá superar la masa salarial del personal de tales entidades. La adscripción del personal se producirá sin que ello conlleve una ampliación de la plantilla presupuestaria.

Disposición adicional cuarta. *Adscripción del personal al Instituto.*

1. Queda adscrito al Instituto el personal, tanto laboral como funcionario, que en la actualidad presta sus servicios en la Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud, de la Consejería de Salud y Consumo.

2. La integración de este personal se producirá respetando la configuración de las unidades administrativas correspondientes en la relación de puestos de trabajo de la Consejería con competencias en materia de investigación, desarrollo e innovación en salud, que deberá modificarse con arreglo a lo dispuesto en la normativa vigente en materia de función pública.

Disposición adicional quinta. *Sedes del Instituto.*

Sin perjuicio de lo que dispongan sus estatutos, el Instituto dispondrá, al menos, de una sede en la ciudad de Sevilla, donde se establecerán sus órganos de gobierno, dirección, gestión y conocimiento, y otra en la ciudad de Granada, en la que se ubicarán los competentes en formación, consultoría y colaboración con organismos e instituciones internacionales.

Disposición transitoria primera. *Ejercicio de funciones asignadas.*

1. Hasta tanto se proceda a la aprobación de los estatutos, así como a la aprobación de la correspondiente relación de puestos de trabajo, las funciones que son asignadas por esta Ley al Instituto continuarán siendo ejercidas por los órganos de las entidades objeto de integración que hasta ahora las venían desarrollando materialmente.

2. El ejercicio de aquellas funciones que impliquen la participación directa o indirecta en el ejercicio de las potestades públicas corresponderá exclusivamente al personal funcionario.

Disposición transitoria segunda. *Régimen presupuestario.*

1. El Instituto dispondrá de los recursos financieros previstos en los presupuestos de explotación y capital de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, SA, hasta que se realicen las operaciones necesarias para la modificación de los correspondientes créditos por la Consejería competente en materia de hacienda.

2. Igualmente, y en tanto no se configure una sección propia en la Ley del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía, dispondrá de las partidas presupuestarias asignadas al órgano directivo competente en materia de investigación en salud.

Disposición transitoria tercera. *Representación sindical y unitaria.*

Las representaciones sindicales y unitarias, correspondientes al personal objeto de subrogación, se mantendrán en el Instituto en los términos previstos en la normativa aplicable.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en la presente ley o la contradigan, y expresamente los artículos 47 y 48 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, Andaluza de la Ciencia y el Conocimiento.*

Se modifica el artículo 32 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, Andaluza de la Ciencia y el Conocimiento, que pasa a tener la siguiente redacción:

«Artículo 32. *Organismos públicos de investigación.*

1. A los efectos de la presente ley, se consideran organismos públicos de investigación del Sistema Andaluz del Conocimiento: los reconocidos por la Ley 13/1986, de 14 de abril, de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica y Técnica con centros de investigación radicados en Andalucía; el Instituto de Salud de Andalucía y el Instituto Andaluz de Investigación y Formación Agraria, Pesquera, Alimentaria y de la Producción Ecológica (Ifapa), creado por la Ley 1/2003, de 10 de abril.

2. En el marco de la presente ley y de las demás normas que resulten de aplicación, y sin perjuicio de lo establecido en la legislación de contratos de las administraciones públicas, el Instituto de Salud de Andalucía y el Instituto Andaluz de Investigación y Formación Agraria, Pesquera, Alimentaria y de la Producción Ecológica (Ifapa) podrán suscribir convenios de colaboración y celebrar contratos cuyo fin sea la realización de alguna de las siguientes actividades:

a) La investigación científica, el desarrollo o la innovación.

b) El uso y el aprovechamiento, industrial o comercial, de las innovaciones, de los conocimientos científicos y de los resultados obtenidos y desarrollados por el organismo.

c) La prestación de servicios técnicos relacionados con los fines propios del organismo.»

Disposición final segunda. *Modificación de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.*

El artículo 46 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, queda redactado del siguiente modo:

«Artículo 46. *El Instituto de Salud de Andalucía.*

En el marco de lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, Andaluza de la Ciencia y el Conocimiento, el Instituto de Salud de Andalucía, entidad con la naturaleza de agencia administrativa de la Junta de Andalucía, de las previstas en el artículo 54.2.a) y reguladas en los artículos 65 a 67 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, y Organismo Público de Investigación, tiene entre sus fines fomentar la investigación, el desarrollo, la innovación, la transferencia y el emprendimiento en salud en el marco del Sistema

Andaluz del Conocimiento y del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación.»

Disposición final tercera. *Modificación de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.*

Se añade una nueva letra b) al apartado 1 del artículo 45 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, que queda redactado de la siguiente forma:

«Artículo 45.

1. El Sistema Sanitario Público de Andalucía está compuesto por:

a) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud o adscritos al mismo.
b) Los centros, servicios y establecimientos integrados en el Instituto de Salud de Andalucía o adscritos al mismo.
c) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía.
d) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

2. Asimismo, podrán formar parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

a) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de otras administraciones públicas adscritos al mismo, en los términos que prevean los respectivos acuerdos o convenios suscritos al efecto.
b) Y, en general, todos aquellos centros, servicios y establecimientos sanitarios que se adscriban al mismo en virtud de un convenio singular de vinculación.»

Disposición final cuarta. *Modificación de la Ley 5/2023, de 7 de junio, de la Función Pública de Andalucía.*

Se modifica el apartado correspondiente a la especialidad «A1.2031. Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud», de la disposición adicional quinta de la Ley 5/2023, de 7 de junio, de la Función Pública de Andalucía, que pasa a tener la siguiente redacción:

«A1.2031. Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud.

Requisito: doctor o doctora para la categoría de investigador o investigadora; título de grado, licenciatura, arquitectura, ingeniería u otro título equivalente para la categoría de técnico o técnica de investigación.»

Disposición final quinta. *Efectiva puesta en funcionamiento.*

El funcionamiento efectivo del Instituto se iniciará con la entrada en vigor de sus estatutos aprobados por Decreto del Consejo de Gobierno que incluirán, en todo caso, las previsiones establecidas en el artículo 57 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre.

Disposición final sexta. *Desarrollo normativo y habilitación.*

1. En virtud de su potestad reglamentaria originaria, el Consejo de Gobierno está facultado para dictar las disposiciones reglamentarias necesarias para el desarrollo y aplicación de esta ley.
En el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente ley, se aprobarán los estatutos del Instituto de Salud de Andalucía.
2. Asimismo, se autoriza a la Consejería competente en materia de hacienda a adoptar todas aquellas medidas de orden económico, financiero, contable y patrimonial que procedan, y a la Consejería competente en materia de salud a adoptar, dentro de sus competencias, cuantas medidas sean necesarias para la puesta en marcha del Instituto y la efectividad de lo dispuesto en esta ley.

Disposición final séptima. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial de la Junta de Andalucía».

§ 6

Ley 3/2005, de 12 de mayo, de creación de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos

Comunidad Autónoma de Aragón
«BOA» núm. 59, de 18 de mayo de 2005
«BOE» núm. 135, de 7 de junio de 2005
Última modificación: 2 de julio de 2021
Referencia: BOE-A-2005-9403

En nombre del Rey y como Presidente de la Comunidad Autónoma de Aragón, promulgo la presente Ley, aprobada por las Cortes de Aragón, y ordeno se publique en el «Boletín Oficial de Aragón» y en el «Boletín Oficial del Estado», todo ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20.1 del Estatuto de Autonomía.

PREÁMBULO

El artículo 43 de la Constitución Española de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud, siendo competencia de los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Es objeto de la presente Ley la regulación de las actuaciones que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, permitan hacer efectiva dicha protección en lo relativo a la cobertura global de las necesidades y la distribución de sangre y tejidos a todos los centros sanitarios que lo precisen, dando cumplimiento y ejecución a las directrices que defina el Departamento responsable de salud.

El artículo 35.1.40.ª del Estatuto de Autonomía de Aragón, aprobado por Ley Orgáni-ca 8/1982, de 10 de agosto, y modificado por la Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre, de reforma del Estatuto, confiere a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre sanidad e higiene, constituyendo la presente Ley objeto de desarrollo de la previsión estatutaria, cumpliendo asimismo con los principios reconocidos en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en lo relativo a una concepción integral de la salud en la actuación asistencial, coordinando los recursos sanitarios en orden a ofrecer una calidad permanente de los servicios y prestaciones para lograr la máxima eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos, así como la satisfacción de los usuarios, dado que la transfusión sanguínea constituye actualmente una herramienta terapéutica de uso cotidiano en la atención hospitalaria.

La creciente utilización de los recursos sanitarios lleva aparejado un incremento en las necesidades de sangre para uso transfusional, que, a su vez, se ven incrementadas por la aparición y generalización de estrategias terapéuticas complejas que requieren la utilización de elevadas cantidades de sangre durante su transcurso.

El desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas complejas y, especialmente, de técnicas quirúrgicas sólo ha podido llevarse a cabo contando con el soporte de las técnicas transfusionales adecuadas.

La práctica actual de la transfusión de sangre se basa en los principios de donación voluntaria, anonimato del donante y del receptor, no remuneración del donante y carácter no lucrativo de los centros y servicios que participan en la terapéutica transfusional. La exclusividad de la donación de carácter altruista —es decir, voluntaria y no remunerada- constituye uno de los elementos claves para incrementar los niveles de seguridad de la sangre y sus componentes, contribuyendo, por tanto, a la protección de la salud de la población.

Dada la procedencia exclusivamente humana de la sangre y sus componentes, cuya donación se basa en los principios de solidaridad y altruismo, en este escenario de rápido incremento de las necesidades de sangre humana para uso terapéutico no resulta excepcional, en todos los sistemas sanitarios, la aparición de situaciones de desajuste entre la elevada demanda de sangre existente y la disponibilidad de componentes sanguíneos para atender dicha demanda.

Con el fin de incrementar la eficiencia de los recursos destinados a la promoción de la donación altruista de sangre, así como para conseguir una optimización en la utilización de las reservas de sangre disponibles, en todos los países desarrollados de la Unión Europea se ha encomendado la producción de componentes sanguíneos para transfusión a centros sanitarios monográficamente dedicados a ello, que atienden a las necesidades hemoterápicas de todos los hospitales de un determinado territorio.

Al mismo tiempo, las expectativas de los ciudadanos respecto a la capacidad de mejora de salud que ofrecen las terapéuticas actuales exigen minimizar los riesgos y efectos adversos de dichas terapéuticas, para dar adecuada respuesta a las expectativas suscitadas. La implementación de sistemas de calidad para los componentes sanguíneos producidos, que incluyan la identificación y comunicación de efectos adversos causados por transfusión así como el diseño de medidas correctoras de los mismos, requiere la existencia de una organización que canalice todas las informaciones que al respecto pudieran producirse dentro de su territorio de actuación. Por otra parte, la homogeneización, desde el centro monográfico de transfusión, de las técnicas utilizadas en la producción de componentes sanguíneos permitirá reducir la variabilidad de los mismos, lo que supone la mejora de uno de los componentes sustanciales de la calidad de los productos.

El marco en que se desenvuelven los países de la Unión Europea se encuentra definido en diversos ámbitos, como es el caso de la transfusión, por normativas de carácter supranacional, que tienen como principio dar respuesta a las expectativas de la población en lo relativo a salud anteriormente comentadas. Especial importancia poseen las Directivas 2002/98/CE, de 27 de enero de 2003, del Parlamento Europeo y del Consejo, por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes, y 2004/33/CE, de 22 de marzo, de la Comisión Europea, por la que se aplica la Directiva anterior en lo que se refiere a determinados requisitos técnicos de la sangre y los componentes sanguíneos. El cumplimiento de estas normativas requiere habitualmente la modificación de los procesos contemplados en su área de actuación y, en algunos casos, la asignación de nuevos recursos. Estas modificaciones resultan difícilmente aplicables en un escenario compuesto por numerosos centros débilmente conectados entre sí y dedicados a una finalidad común, pudiéndose generar indeseables retrasos en la entrada en vigor de dichas normativas.

Por todo ello, la existencia de un centro que desarrolle la mayor parte de la actividad y coordine las actuaciones del resto de centros del territorio aragonés en el ámbito de actuación de la transfusión sanguínea permitirá optimizar la cobertura de las necesidades transfusionales de la Comunidad Autónoma de Aragón, tanto mejorando la donación como reduciendo las ineficiencias de utilización de la sangre, al mismo tiempo que incrementará los niveles de calidad y seguridad de los componentes sanguíneos producidos y facilitará la inmediata adaptación a las normativas, tanto estatales como supranacionales, que pudieran resultar de aplicación en el futuro, respetándose en estos Centros la normativa básica estatal establecida tanto en el Real Decreto 1945/1985, de 9 de octubre, por el que se regula la hemodonación y los Bancos de Sangre, modificado por el Real Decreto 62/2003, de 17 de enero, como en el Real Decreto 1854/1993, de 22 de octubre, por el que se determinan con carácter general los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y Bancos de Sangre.

Asimismo, con la creación de un centro que actúe como Banco Comunitario de Tejidos, se pretende conseguir un incremento de la actividad trasplantadora coordinando campañas de promoción de la donación, concentrando recursos humanos y materiales, mejorando notablemente la calidad de todo el proceso de obtención, procesamiento, preservación y distribución de los tejidos y, por lo tanto, el posterior resultado del trasplante, lo cual haría posible asumir nuevas actividades, como la creación de líneas de cultivos celulares y de tejidos, permitiría un avanzado nivel de adiestramiento del personal, así como disponer de un equipo de expertos, implantar líneas de investigación e implementar los sistemas de gestión de la calidad. Referencias obligadas han sido, en este caso, la Directiva 2004/23/CE, de 31 de marzo, del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos, así como el Real Decre-to 411/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos.

En ejercicio de la potestad de autoorganización reconocida a la Administración pública aragonesa en el artículo 3 del Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, y en respuesta a los principios de funcionamiento establecidos en su artículo 5, mediante la presente Ley se crea la entidad aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos, que se define como una entidad de Derecho público dependiente del Departamento responsable de salud, con personalidad jurídica propia para el cumplimiento de los fines anteriormente descritos y que se regirá por esta Ley y por lo dispuesto en el Título VI del mencionado Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio, del Gobierno de Aragón, por sus estatutos y por las demás leyes y disposiciones que le sean aplicables.

La Ley se estructura en tres capítulos. En el Capítulo I se define la creación y naturaleza del Banco de Sangre y Tejidos, que se encuentra adscrito al Departamento responsable de salud, con la condición de Centro Comunitario de Transfusión y de Banco de Tejidos Humanos de la Comunidad Autónoma de Aragón, adoptando la naturaleza de entidad de Derecho público, estableciendo los objetivos y funciones que han de regir sus actuaciones en orden a la cobertura global de las necesidades propias de la materia.

En el Capítulo II se crean, como órganos rectores, el Consejo de Dirección, el Presidente del Consejo de Dirección y el Director Gerente, regulando su composición, competencias y funciones, además de un Consejo Asesor con funciones de carácter consultivo y de asesoramiento.

En el Capítulo III se definen los recursos del Banco de Sangre y Tejidos, así como su régimen económico-financiero y patrimonial, las competencias del Director Gerente en lo relativo a gestión presupuestaria y financiera y las cuestiones relativas al personal y a la contratación.

CAPÍTULO I

Creación, naturaleza y objeto

Artículo 1. *Creación y adscripción.*

Se crea la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos, adscrita al Departamento responsable de salud, ubicándose la sede en la ciudad de Zaragoza.

Artículo 2. *Finalidad.*

La entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón es el organismo encargado de llevar a cabo las actuaciones que correspondan al Sistema de Salud de Aragón en lo relativo a hemodonación, procesamiento, preservación, almacenamiento, conservación y distribución de los componentes sanguíneos y tejidos humanos, así como a la coordinación de la Red Transfusional de Aragón.

Tendrá las condiciones de Centro Comunitario de Transfusión y de Banco de Tejidos Humanos de la Comunidad Autónoma de Aragón. La Red Transfusional de Aragón estará

integrada por el conjunto de Centros de Transfusión Sanguínea y Servicios de Transfusión Sanguínea, públicos y privados, ubicados en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Artículo 3. *Naturaleza.*

La entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos tendrá la naturaleza de entidad de Derecho público, de acuerdo con lo previsto en el Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, gozando de personalidad jurídica, patrimonio propio y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

Artículo 4. *Régimen jurídico.*

1. La entidad aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos se regirá por esta Ley, por lo previsto en el título VI del Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, por sus estatutos, propuestos por el Consejo de Dirección y aprobados por el Gobierno de Aragón, y por las demás leyes y disposiciones que le sean aplicables. En cuanto a sus funciones específicas, será de aplicación la normativa básica del Estado y la dictada por la Comunidad Autónoma de Aragón en desarrollo de la misma.

2. En sus relaciones externas, contratación y tráfico patrimonial y mercantil, la entidad ajustará su actividad al Derecho privado que le sea aplicable, sin perjuicio de las excepciones que puedan derivarse de lo establecido en esta Ley.

3. En las relaciones internas de la entidad con la Administración autonómica a la que está adscrita, será aplicado el Derecho administrativo.

Artículo 5. *Objetivos.*

La entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos tiene como objetivos generales:

a) El cumplimiento y ejecución de las directrices estratégicas del Gobierno de Aragón en lo relativo a hemoterapia y a la obtención de tejidos humanos para uso sanitario, así como de la política que, en la materia, defina el Departamento responsable de salud.

b) La promoción e impulso de la donación en el ámbito de Aragón, así como la contribución a la ejecución de las infraestructuras y la prestación de los servicios que se consideren necesarios.

c) Actuar ante la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón para la cobertura global de las necesidades y la distribución de sangre y tejidos a todos los centros sanitarios que lo precisen.

d) Conseguir la autosuficiencia de sangre y hemoderivados en la Comunidad Autónoma de Aragón.

e) La coordinación de la actuación de la Administración de la Comunidad Autónoma con la de otras Administraciones públicas y entidades públicas o privadas, en lo relativo a donación, en el ámbito de funciones de la entidad.

f) Promover la disminución de la exposición a la sangre homóloga y hemoderivados, realizando recomendaciones de uso e indicaciones y potenciando otras alternativas a la transfusión, incluyendo todas las modalidades de autotransfusión.

g) La creación de registros únicos para toda la Comunidad Autónoma de donantes de sangre, órganos y tejidos, incluyendo un registro de donantes excluidos temporal o definitivamente, con indicación de las causas de exclusión.

h) Garantizar la trazabilidad del donante al receptor, y viceversa, para la sangre, componentes sanguíneos y tejidos distribuidos en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Artículo 6. *Funciones.*

1. El Banco de Sangre y Tejidos de Aragón, para el desarrollo y cumplimiento de sus fines, tiene asignadas las funciones específicas que se detallan en los apartados siguientes.

2. Como Centro Comunitario de Transfusión de Aragón, desempeñará las funciones siguientes:

a) Coordinar las actuaciones de los Centros y Servicios en la Red Transfusional del Sistema de Salud de Aragón.

b) Planificar y promover la donación de sangre y componentes sanguíneos en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón.

c) Efectuar la extracción de sangre total y componentes sanguíneos en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón, para su posterior uso como hemoderivados terapéuticos.

d) Desarrollar programas de plasmaféresis y citaféresis no terapéuticos basados en la donación altruista.

e) Procesar y obtener los componentes de la sangre que, en cada caso, se precisen, tanto si proceden de sangre total como si proceden de unidades de donante único.

f) Responsabilizarse del intercambio de plasma que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, se realice con la industria fraccionadora.

g) Disponer de un inventario actualizado referente a donantes, recursos materiales y humanos y actividad de los diferentes Centros y Servicios de transfusión, tanto públicos como privados, así como de las necesidades y consumos de sangre y componentes sanguíneos del ámbito territorial asignado, con el fin de conocer la disponibilidad de componentes sanguíneos.

h) Planificar la cobertura de las necesidades y gestionar la distribución de sangre y componentes sanguíneos de todos los Centros de Transfusión Sanguínea y Servicios de Transfusión, públicos o privados, de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como atender las necesidades de sangre y componentes sanguíneos de otras Comunidades que lo solicitaren.

i) Recibir, para la verificación de su idoneidad y posterior distribución, los componentes sanguíneos procedentes de Centros de Transfusión Sanguínea ajenos a la Comunidad Autónoma de Aragón.

j) Responsabilizarse del suministro de sangre y componentes sanguíneos en los casos de pacientes sensibilizados o de necesidades derivadas de circunstancias de emergencia.

k) Establecer, supervisar y mantener actualizado un sistema de calidad basado en criterios de buena práctica, común para todos los Centros y Servicios implicados de la Comunidad Autónoma.

l) Controlar la red de hemovigilancia.

m) Comunicar al donante cualquier resultado anómalo de su estado de salud.

n) Fomentar programas de autotransfusión y ahorro de sangre en todos los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma.

ñ) Emitir informes relativos a sus competencias técnicas a petición de las autoridades competentes, incluyendo la apertura y/o modificación de actividades de los Centros de Transfusión y Servicios de Transfusión de la Comunidad Autónoma de Aragón.

o) Ser el centro de referencia para aquellos casos de poca incidencia en la población cuyo diagnóstico o tratamiento implique la disponibilidad de sangre, componentes de la sangre o reactivos de uso poco frecuente.

p) Implantar programas de formación del personal sanitario vinculado a la hemoterapia.

q) Desarrollar labores de investigación en relación con todas las funciones encomendadas.

r) Cualesquiera otras análogas o relacionadas con las anteriores.

3. Como Banco de Tejidos Humanos, desempeñará las siguientes funciones específicas:

a) Coordinar los equipos encargados de la obtención de tejidos.

b) Procesar, preservar, almacenar, conservar, controlar, distribuir y transportar tejidos humanos.

c) Colaborar con los centros sanitarios aragoneses acreditados en la realización de las diferentes variedades de terapias sustitutivas o trasplantes hematopoyéticos en adultos y niños.

d) Colaborar con los centros sanitarios acreditados en la realización de las diferentes variedades de terapias celulares o regenerativas que los avances técnicos y evidencia científica justifiquen que sean aplicados y realizados en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

e) Establecer normas técnicas de selección de donantes y procesamiento de tejidos, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento, garantizando la trazabilidad del proceso.

f) Disponer de sistemas de calidad para cada tejido, desde su obtención hasta su entrega para el implante.

g) Mantener la documentación acreditativa de las actuaciones con otros centros.

h) Mantener una seroteca de los donantes.

i) Disponer de registros de los donantes de tejidos y receptores de los mismos.

j) Responsabilizarse del intercambio de tejidos con otros bancos y, en su caso, solicitar autorización para la entrada o salida de tejidos de España.

k) Participar en programas de formación del personal sanitario referentes a las actividades de la entidad.

l) Emitir informes a petición de las autoridades sanitarias competentes.

m) Desarrollar labores de investigación en relación con todas las funciones encomendadas.

n) Cualesquiera otras análogas o relacionadas con las anteriores.

4. Para la realización de las funciones de promoción de la donación de sangre y tejidos, el Banco de Sangre y Tejidos de Aragón podrá formalizar mecanismos de colaboración con entidades públicas y privadas relacionadas con la actividad del mismo.

El Banco de Sangre y Tejidos establecerá los mecanismos y procedimientos de actuación en la ejecución de actividades de promoción, así como la fórmula de financiación de las mismas, y proporcionará asesoría científico-técnica a las entidades mencionadas en el párrafo anterior, con el fin de alcanzar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el marco de la colaboración.

CAPÍTULO II

Órganos rectores

Artículo 7. *Órganos rectores.*

1. Los órganos rectores del Banco de Sangre y Tejidos son:

a) El Consejo de Dirección.

b) El Presidente del Consejo de Dirección.

c) El Director Gerente.

2. Existirá, además, una Comisión Aragonesa de Hemoterapia

3. El Banco de Sangre y Tejidos contará con una dirección técnica a cuyo frente estarán un médico especialista en hematología y hemoterapia, con probada experiencia en transfusión sanguínea, y un profesional cualificado con experiencia y conocimientos suficientes sobre tratamiento, control y conservación de tejidos.

Artículo 8. *El Consejo de Dirección.*

1. El Consejo de Dirección es el órgano colegiado de dirección y control de la entidad.

2. Estará compuesto por el Presidente, un Vicepresidente, el Director Gerente y cuatro vocales en representación del Departamento responsable de salud y del Servicio Aragonés de Salud. Asistirá a las reuniones del Consejo un secretario, que tendrá voz, pero no voto en las mismas.

3. El Presidente designará al secretario del Consejo.

4. Todos los miembros del Consejo de Dirección serán nombrados mediante decreto del Gobierno de Aragón, a propuesta del Consejero del Departamento competente en salud.

5. Son causas de cese de los miembros del Consejo de Dirección las siguientes:

a) La revocación de su nombramiento.

b) La incompatibilidad para el ejercicio del cargo.

c) La renuncia del interesado.

d) El fallecimiento o la incapacitación.

Artículo 9. *Competencias del Consejo de Dirección.*

Corresponden al Consejo de Dirección las atribuciones siguientes:

a) Dirigir la actuación del Banco de Sangre y Tejidos en el marco de las directrices que pueda establecer el Departamento responsable de salud.
b) Coordinar sus actuaciones con las iniciativas que, en relación con los objetivos de la entidad, planteen otras Administraciones públicas.
c) Aprobar la planificación de las actuaciones de Banco de Sangre y Tejidos.
d) Proponer al Gobierno de Aragón, a través del Departamento competente en salud, para su aprobación, los estatutos de la entidad, así como sus modificaciones.
e) Proponer al Gobierno de Aragón, a través del Departamento responsable de salud, para su aprobación, los importes de las tarifas a percibir por parte de la entidad por la prestación de servicios.
f) Aprobar el anteproyecto de presupuesto de la entidad y las cuentas anuales, así como el programa de actuación, inversiones y financiación, y aprobar el balance, cuentas de pérdidas y ganancias y la memoria explicativa de la gestión anual de la entidad.
g) Proponer al Gobierno de Aragón las retribuciones del Director Gerente y del restante personal directivo, así como las retribuciones complementarias del resto del personal al servicio de la entidad.
h) Proponer al Gobierno de Aragón, a través del Departamento responsable de salud, para su aprobación, la plantilla de la entidad.
i) Aprobar la memoria anual de actuación.
j) Adoptar cuantas decisiones y acuerdos se consideren precisos para el cumplimiento de sus fines.
k) Cualesquiera otras que le atribuyan los estatutos de la entidad.

Artículo 10. *El Presidente del Consejo de Dirección.*

1. Corresponderá la presidencia del Consejo de Dirección de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos al Consejero del Departamento responsable de salud.
2. El Presidente presidirá el Consejo de Dirección y ejercerá cuantas funciones le atribuyan los estatutos de la entidad o le delegue el Consejo de Dirección.

Artículo 11. *El Vicepresidente del Consejo de Dirección.*

Corresponderá la vicepresidencia del Consejo de Dirección a un Director General del Departamento responsable de salud de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, propuesto por el titular del mismo. El Vicepresidente sustituirá al Presidente en los casos de vacante, ausencia o enfermedad.

Artículo 12. *El Director Gerente.*

1. El Director Gerente ostentará la representación legal de la entidad y ejercerá las funciones de dirección, gestión y control inmediato de sus actividades, así como de los recursos humanos, económicos y materiales, respecto de los cuales ejercerá las facultades ejecutivas que se señalen en los estatutos y las que determine o delegue el Consejo de Dirección.
2. Corresponden al Director Gerente las siguientes funciones:

a) Ejecutar y hacer cumplir los acuerdos del Consejo de Dirección.
b) La propuesta al Consejo de Dirección de las líneas de trabajo y de los resultados de la actividad de la entidad.
c) Realizar las funciones de órgano de contratación.
d) Contratar los recursos humanos.
e) Ejercer, respecto de los funcionarios, personal laboral y estatutario, así como del personal propio contratado, las mismas competencias que la normativa sobre función pública atribuye a los Consejeros.
f) Elevar al Consejo de Dirección la memoria anual de actividades y la propuesta de presupuestos anuales de la entidad.

g) Autorizar los gastos, efectuar las disposiciones, contraer obligaciones y ordenar los pagos de la entidad.

h) La administración, gestión y recaudación de los derechos económicos de la entidad.

Artículo 13. *Comisión Aragonesa de Hemoterapia.*

1. La Comisión Aragonesa de Hemoterapia es el órgano consultivo y coordinador en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, con la finalidad de establecer las normas de calidad y de seguridad de la sangre humana y los componentes sanguíneos, para garantizar un alto nivel de protección de la salud humana.

2. La Comisión Aragonesa de Hemoterapia estará compuesta por los siguientes miembros:

a) La persona que ostente la titularidad de la dirección gerencia, que actuará como Presidencia.

b) La persona que ostente la titularidad de la dirección técnica del Banco de Sangre asumirá las funciones de Vicepresidencia.

c) La persona responsable de la Unidad de Coordinación de Trasplantes de Aragón.

d) Como vocalías, una persona en representación de cada sector sanitario con competencia en materia de hemoterapia, designadas por los Servicios de Hematología y Hemoterapia de los Sectores Sanitarios.

e) Una persona elegida por las sociedades científicas relacionadas con las actividades del Banco de Sangre.

f) Asumirá la secretaría un facultativo especialista en hematología y hemoterapia del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.

3. Todos los miembros de la Comisión Aragonesa de Hemoterapia tendrán voz y voto.

4. Los nombramientos serán realizados por la persona titular del departamento responsable de Salud, a propuesta de la dirección gerencia del Banco de Sangre y Tejidos, y su mandato será de cuatro años.

5. Se podrá solicitar la colaboración de expertos cualificados cuando la especialización de la materia a tratar lo requiera.

6. Las funciones y régimen de funcionamiento de la Comisión Aragonesa de Hemoterapia serán fijados en los estatutos de la entidad.

CAPÍTULO III

Régimen económico

Artículo 14. *Recursos.*

Integran los recursos de Banco de Sangre y Tejidos:

a) Las transferencias contenidas en los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón.

b) Los ingresos propios que pueda percibir la entidad por la prestación de sus servicios.

c) Los productos, rentas o intereses generados por su patrimonio.

d) Los ingresos que perciba como consecuencia de su participación en sociedades.

e) Los créditos, préstamos y demás operaciones financieras que concierte.

f) Los recursos ajenos captados para su canalización hacia sociedades en que participe.

g) Las subvenciones, aportaciones y donaciones concedidas a su favor procedentes de otras Administraciones, de entidades públicas o privadas y de particulares.

h) Cualquier otro recurso que le pueda ser atribuido.

Artículo 15. *Régimen económico-financiero.*

1. La entidad pública aragonesa Banco de Sangre y Tejidos elaborará anualmente el anteproyecto de presupuesto que, a través del Departamento responsable de salud, remitirá al Departamento responsable de economía, de conformidad con lo dispuesto en la legislación de hacienda de la Comunidad Autónoma de Aragón.

2. Podrán aplicarse a la entidad créditos correspondientes a los programas de gasto del Departamento responsable de salud o de otros departamentos, bien por orden del Departamento responsable de economía, bien, en su caso, por acuerdo del Gobierno de Aragón.

3. Podrán generar o ampliar crédito en el estado de dotaciones del presupuesto de la entidad los mayores ingresos a los inicialmente previstos en el mismo, en los supuestos y términos contenidos en la legislación de hacienda de la Comunidad Autónoma de Aragón y en la Ley de presupuestos de cada ejercicio económico.

4. Los créditos del estado de dotaciones del presupuesto de la entidad tienen carácter limitativo y podrán ampliarse en las cuantías necesarias para reflejar las repercusiones producidas en su financiación como consecuencia de las modificaciones positivas en los créditos de transferencia destinados al mismo.

5. Los remanentes de tesorería a favor de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre existentes a 31 de diciembre de cada año se destinarán a financiar el presupuesto de la entidad del primer ejercicio presupuestario que se elabore. Asimismo, podrán ser utilizados para financiar posibles modificaciones en el ejercicio siguiente al que se produzcan.

6. La entidad no podrá prestar avales a terceros.

7. Las operaciones de endeudamiento del Banco de Sangre y Tejidos deberán acomodarse en todo caso a los límites y cuantías asignados en cada Ley de presupuestos, comunicándolo a la Comisión de Economía y Presupuestos de las Cortes de Aragón.

8. La entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos estará sometida al régimen de control financiero en los términos establecidos en el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de la Comunidad Autónoma de Aragón, aprobado por Decreto Legislativo 1/2000, de 29 de junio, del Gobierno de Aragón, y en el Reglamento que desarrolla el control de la actividad económica y financiera de la Administración, de los organismos públicos y de las empresas de la Comunidad Autónoma de Aragón, aprobado por Decreto 23/2003, de 28 de enero, del Gobierno de Aragón.

Igualmente, quedará sujeta al control de la Cámara de Cuentas de Aragón, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 10/2001, de 18 de junio, de creación de la Cámara de Cuentas de Aragón.

9. La entidad estará sometida al régimen de contabilidad pública y se regirá por el Plan de Contabilidad Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Artículo 16. *Gestión presupuestaria.*

En lo relativo a gestión presupuestaria, al Director Gerente corresponderán las siguientes competencias:

1. Autorizar los gastos de carácter plurianual, cuando tengan por objeto:

a) Contratos de suministros, de consultoría y asistencia, de gestión de servicios públicos y de arrendamientos de bienes y servicios que no puedan ser estipulados por el plazo de un año o cuando este plazo resulte más gravoso.

b) Subvenciones y ayudas que deban concederse en ejercicios anteriores a aquel al que deban imputarse las obligaciones.

2. Autorizar la imputación a los créditos del presupuesto vigente de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos de las obligaciones derivadas de compromisos de gastos debidamente adquiridos en ejercicios anteriores.

3. Autorizar las generaciones de crédito en los estados de gastos del presupuesto de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos, derivadas de los ingresos procedentes de convenios, ayudas o donaciones para la realización de actividades investigadoras, donaciones de sangre y tejidos o de actividades similares.

4. Autorizar transferencias de créditos del presupuesto de la entidad en los siguientes supuestos:

a) Entre créditos de personal, cuando resulten procedentes en razón de reajustes de plantilla o modificación de las estructuras orgánicas entre los diferentes servicios.

b) Entre créditos de los capítulos II y IV y entre los de los capítulos VI y VII, cuando sea necesario financiar un gasto o ejecutar una determinada inversión en forma distinta a la inicialmente prevista.

c) Entre créditos que afecten a un mismo capítulo, dentro de un mismo programa.

Artículo 17. *Gestión financiera.*

El Director Gerente de la entidad podrá abrir en las entidades de crédito y ahorro las cuentas necesarias para el funcionamiento de los servicios, previa autorización del Consejero competente en hacienda, atendida la especial naturaleza de sus operaciones y el lugar en que hayan de realizarse.

En dichas cuentas se unificarán todos los recursos financieros que se destinen para el cumplimiento de sus fines.

Artículo 18. *Patrimonio.*

1. Los bienes del Banco de Sangre y Tejidos forman parte del patrimonio de la Comunidad Autónoma de Aragón y, a estos efectos, se regirán por la presente Ley, por las leyes especiales que les sean de aplicación y por el Decreto Legislativo 2/2000, de 29 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Aragón.

2. Constituyen el patrimonio del Banco de Sangre y Tejidos los bienes y derechos que pueda adquirir con fondos procedentes de su presupuesto y los que pueda recibir por cualquier otro título jurídico.

3. Los bienes que se le adscriban para el cumplimiento de sus funciones por la Administración de la Comunidad Autónoma o el resto de las Administraciones públicas no variarán su calificación jurídica original y no podrán ser incorporados a su patrimonio ni enajenados o permutados por la entidad, disfrutando de las exenciones fiscales y económicas que puedan tener reconocidas. En todo caso, corresponderá al Banco su utilización, administración y explotación.

4. La entidad tendrá libre disposición de los bienes y derechos de los que sea titular. La gestión patrimonial se realizará de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 del Texto Refundido de la Ley de Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Artículo 19. *Personal.*

1. El personal de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos estará integrado por:

a) El Director Gerente y restante personal directivo que se establezca en los estatutos de la entidad.

b) El personal no directivo propio de la entidad.

c) El personal al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón incorporado inicialmente a la entidad y aquel otro que, con posterioridad, alcance destino en ésta por medio de las formas de provisión previstas en la legislación sobre función pública.

2. El personal propio, contratado por la entidad, se regirá por las normas de Derecho laboral.

3. La contratación del Director Gerente y del restante personal directivo se realizará bajo la modalidad de relación laboral especial de alta dirección, sin que puedan pactarse cláusulas indemnizatorias por razón de la extinción de la relación jurídica que le una con la entidad, con independencia de que se pueda adscribir, con carácter temporal, personal de la Administración de la Comunidad Autónoma.

4. Las retribuciones del Director Gerente y del restante personal directivo de la entidad se fijarán por el Gobierno de Aragón a propuesta del Consejo de Dirección.

5. La contratación del personal propio no directivo de la entidad podrá realizarse bien mediante oferta pública de la Comunidad Autónoma de Aragón o bien previa convocatoria pública de los procesos selectivos correspondientes, que se efectuarán de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad. El personal que intervenga directamente en la extracción, la verificación, el almacenamiento y la distribución de sangre humana,

componentes sanguíneos y tejidos humanos estará cualificado para la realización de las tareas y recibirá formación oportuna, adecuada y actualizada periódicamente.

6. Las retribuciones básicas y complementarias del personal no directivo adscrito a la entidad se homologarán a las establecidas, con carácter general, en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón para el personal perteneciente al régimen estatutario con similar nivel de clasificación y categoría.

Artículo 20. *Contratación.*

1. Los contratos que realice la Entidad Pública Aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos se regirán por la normativa sobre contratos del sector público.

2. A los efectos de la aplicación de la normativa sobre contratos del sector público, la Entidad Pública Aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos tendrá la consideración de Administración Pública, y los contratos que celebre en aplicación de la misma tendrán la naturaleza de contratos administrativos.

3. La entidad suscribirá los oportunos convenios con la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón para el cumplimiento de los objetivos expresados en el artículo 5 de esta ley.

Artículo 21. *Declaración de utilidad pública.*

1. La aprobación de los proyectos de obras para la instalación, ampliación o mejora de los servicios y sistemas llevará implícita la declaración de utilidad pública a los efectos de expropiación forzosa de los bienes y derechos necesarios para su establecimiento.

2. Se reconoce a la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos la condición de beneficiario de las expropiaciones forzosas que realicen las Administraciones públicas con capacidad expropiatoria para la instalación, ampliación o mejora de los sistemas y servicios.

Disposición adicional primera. *Dotación inicial.*

Los recursos económicos y financieros de la entidad para el año 2005 se encuentran recogidos en las dotaciones que figuran en el presupuesto del Departamento de Salud y Consumo para dicho ejercicio.

Disposición adicional segunda. *Habilitación.*

Se autoriza al Consejero de Economía, Hacienda y Empleo para acordar las operaciones de modificación y consolidación presupuestarias que permitan la instrumentación contable de dichas dotaciones y recursos.

Disposición adicional tercera. *Adscripción del personal de la Administración de la Comunidad Autónoma a la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos.*

1. El personal funcionario de carrera dependiente de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón que se incorpore a la plantilla de personal de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos, así como el que posteriormente se adscriba a la entidad por medio de las formas de provisión previstas en la legislación sobre función pública, continuará rigiéndose por la normativa general sobre función pública de la Comunidad Autónoma de Aragón. En tanto dure la adscripción, mantendrá todos sus derechos en lo relativo a antigüedad, categoría, niveles retributivos y acción social derivados del puesto de origen, así como los correspondientes a su carrera y promoción profesional dentro de la Administración. Todo ello, sin perjuicio de su adecuación funcional y del régimen de prestación de servicios que resulten necesarios para el cumplimiento de los fines de la entidad, de acuerdo con lo establecido en los estatutos de la misma.

2. El personal laboral dependiente de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón que se incorpore a la plantilla de personal de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos continuará rigiéndose por el convenio colectivo vigente en cada momento para el personal laboral de la Diputación General de Aragón. En tanto dure la adscripción, mantendrá todos sus derechos en lo relativo a antigüedad, categoría, niveles

retributivos y acción social derivados del puesto de origen, así como los correspondientes a su carrera y promoción profesional dentro de la Administración.

3. El personal estatutario que se incorpore a la plantilla de personal de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos continuará rigiéndose por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y demás disposiciones de aplicación.

Disposición adicional cuarta. *Constitución del Consejo de Dirección.*

El Consejo de Dirección del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón quedará constituido en el plazo de tres meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición adicional quinta. *Autorizaciones.*

La entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos obtendrá y renovará las autorizaciones que sean exigibles conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1945/1985, de 9 de octubre, por el que se regulan la hemodonación y los Bancos de Sangre, y el Real Decreto 411/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos, o disposiciones que los sustituyan.

Disposición transitoria primera. *Sucesión de persona jurídica empleadora.*

En el caso de desaparición de la entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos, los empleados de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón incorporados a la función pública de la Comunidad Autónoma de Aragón que hubieran sido adscritos a ella tendrán derecho, sin solución de continuidad, a incorporarse a una plaza del departamento de procedencia, con la misma categoría y nivel retributivo alcanzados y en la misma localidad de origen, computándose a todos los efectos los derechos y el tiempo de servicios prestados en la entidad como prestados en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Disposición transitoria segunda. *Subrogación de la entidad en los contratos de la Diputación General de Aragón.*

La entidad pública aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos se subroga, en la posición jurídica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón y sus organismos públicos, en los contratos, así como en los derechos y obligaciones, que deriven de los contratos vigentes o de cualquier otro acuerdo, convenio o contrato suscrito por aquéllos en relación con los servicios y sistemas citados.

Disposición transitoria tercera. *Establecimiento gradual de la Red Transfusional de Aragón.*

Los diferentes servicios de transfusión existentes en los centros hospitalarios integrados en los servicios de hematología y hemoterapia seguirán ejerciendo sus funciones hasta la puesta en funcionamiento del Centro Comunitario de Transfusión y de la Red Transfusional, que se llevará a cabo de forma gradual.

Disposición derogatoria única. *Derogación expresa y por incompatibilidad.*

1. Queda derogado el Decreto 117/1988, de 21 de junio, de la Diputación General de Aragón, por el que se crea el Centro de Transfusión de Sangre de la Comunidad Autónoma de Aragón y su Red Transfusional.

2. Asimismo, quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a la presente Ley.

Disposición final primera. *Estatutos de la entidad.*

En el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de esta Ley, el Consejo de Dirección elevará al Gobierno de Aragón, para su aprobación, los estatutos de la entidad de

Derecho público aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos, a través del Departamento responsable de salud.

Disposición final segunda. *Habilitación de desarrollo reglamentario.*

Se autoriza al Gobierno de Aragón para dictar las disposiciones reglamentarias necesarias y adoptar las oportunas medidas de desarrollo y ejecución de lo dispuesto en esta Ley.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial de Aragón.

§ 7

Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud

Comunidad Autónoma de Cataluña
«DOGC» núm. 4940, de 3 de agosto de 2007
«BOE» núm. 197, de 17 de agosto de 2007
Última modificación: 30 de abril de 2020
Referencia: BOE-A-2007-15544

EL PRESIDENTE DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de Cataluña ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que establece el artículo 65 del Estatuto de autonomía de Cataluña, promulgo la siguiente Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud.

PREÁMBULO

I

La Ley 12/1983, de 14 de julio, de administración institucional de la sanidad, y de la asistencia y los servicios sociales de Cataluña, creó el Instituto Catalán de la Salud como entidad gestora de la Seguridad Social y de los servicios y prestaciones sanitarias de la Generalidad, para desarrollar las competencias que la Constitución española y el Estatuto de autonomía le atribuían y para ejecutar los servicios y funciones que le habían sido traspasados.

En el momento de la creación del Instituto Catalán de la Salud, la regulación básica sobre la gestión institucional de la Seguridad Social era establecida por el Real decreto ley 36/1978, de 16 de noviembre, una norma que rompía las estructuras corporativas heredadas del pasado y reestructuraba radicalmente el sistema de entidades gestoras.

Desde entonces, la configuración del sistema de la Seguridad Social ha evolucionado normativamente hacia un redimensionamiento progresivo del propio ámbito y hacia el carácter instrumental o adicional de la condición de entidad gestora. Se ha producido, también, la distinción entre la integración en el sistema y las prestaciones, la gestión diferenciada de las prestaciones económicas y las prestaciones sanitarias y la atribución progresiva de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas.

A lo largo de esta evolución normativa, destacan la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, que creó el Sistema Nacional de Salud, y la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, que creó el Servicio Catalán de la Salud, responsable de garantizar la atención sanitaria pública y una cobertura pública de calidad de los ciudadanos de Cataluña mediante una adaptación adecuada de la oferta sanitaria a sus necesidades.

La Ley de ordenación sanitaria de Cataluña permitió que el Instituto Catalán de la Salud empezase a adaptar progresivamente su marco de gestión para poder operar como el resto

de proveedores del sistema sanitario. Por ello, mediante el Decreto 138/1993, de 7 de mayo, y, posteriormente, el Decreto 276/2001, de 23 de octubre, se realizaron dos reestructuraciones del Instituto Catalán de la Salud, con el objetivo de mejorar su eficacia, eficiencia y calidad de los servicios.

Ahora, con esta ley del Instituto Catalán de la Salud, se hace un acto de normalización institucional que permite que este Instituto deje de ser exclusivamente un ente gestor de la Seguridad Social y se convierta en un instrumento de referencia de la política sanitaria de la Generalidad.

II

El nuevo Instituto Catalán de la Salud tiene su origen en una concepción dinámica, eficiente, innovadora y flexible del sector público, imprescindible para responder adecuadamente a las necesidades de los ciudadanos. Así, la presente ley se configura como la herramienta jurídica capaz de hacer posible un Instituto Catalán de la Salud ágil, competitivo, adaptable a los constantes cambios sociodemográficos –como el aumento de la esperanza de vida y los flujos migratorios–, epidemiológicos y tecnológicos, y próximo a la realidad de la población.

La misión del Instituto Catalán de la Salud es desarrollar una organización sanitaria pública de la Generalidad que sea un referente y un modelo de provisión de servicios de salud en Cataluña. La actuación del Instituto se fundamenta en unos valores coherentes con esta misión, como por ejemplo la competencia de sus profesionales, unas adecuadas condiciones de trabajo, la calidad como factor distintivo de excelencia de los servicios, la innovación, el respeto, la humanización y la ética en la atención a los pacientes y usuarios, la responsabilidad, la confidencialidad, la integridad, la equidad, la responsabilidad social, la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y la integración de la perspectiva de género.

El proveedor de servicios asistenciales más importante de Cataluña adopta ahora una perspectiva ajustada al entorno en el que opera. La respuesta a un escenario de demanda y costes crecientes exige que el Instituto Catalán de la Salud, al igual que los demás proveedores sanitarios de cobertura pública, pueda desarrollar una gestión pública moderna, autónoma, abierta a la comunidad, con participación de los profesionales, establecer alianzas y acuerdos de colaboración y cooperación con otras instituciones sanitarias de cobertura pública, y pueda descentralizar, todo lo posible, la toma de decisiones en los niveles de asistencia más próximos a los ciudadanos, haciendo compatible la aplicación del principio de subsidiariedad con la definición de unos servicios corporativos centrados en la estrategia y evaluación de resultados.

La orientación empresarial pública de la gestión del Instituto Catalán de la Salud no implica la introducción del concepto de beneficio, pero sí que tiene un enfoque basado en el binomio calidad-coste, en la aplicación de técnicas modernas de gestión, en la optimización de las nuevas tecnologías de la información –que se ponen al servicio de los ciudadanos–, en un proceso dinámico de toma de decisiones, así como con la introducción de nuevos instrumentos y mecanismos de evaluación de los objetivos y resultados de la gestión, más transparentes, eficaces y modernos. Así, la actividad del Instituto Catalán de la Salud debe sustentarse en los valores de la simplicidad organizativa, la autonomía de los centros, la desconcentración y la descentralización territorial, el rigor presupuestario, los procedimientos de evaluación de la gestión, la transparencia en la gestión y los resultados, la sostenibilidad, el diálogo con los usuarios y los profesionales y la participación de estos en la gestión.

III

La presente ley se estructura en cinco capítulos, cuatro disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales. El capítulo I determina la creación de la empresa pública Instituto Catalán de la Salud, con personalidad jurídica propia y autonomía funcional y de gestión, que actúa sometida a derecho privado y que lleva a cabo su función de acuerdo con los correspondientes principios informadores y de gestión.

El capítulo II regula los órganos de dirección, de participación comunitaria y de gestión del Instituto Catalán de la Salud. Entre los primeros, destaca el Consejo de Administración como órgano superior de gobierno. En cuanto a los órganos de gestión, se distinguen los servicios corporativos, las gerencias territoriales y las unidades de gestión de los centros, servicios y establecimientos del Instituto, que actúan bajo el principio de autonomía económica y financiera y de gestión, en el marco de un programa anual de actividad aprobado por el Consejo de Administración.

El capítulo III, relativo a la prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios, define el contrato-programa como el instrumento que articula la prestación de servicios del Instituto Catalán de la Salud por cuenta del Servicio Catalán de la Salud.

El capítulo IV fija el régimen de contratación, de impugnación de actos y de responsabilidad del Instituto Catalán de la Salud, de acuerdo con la legislación administrativa básica.

Finalmente, el capítulo V trata del régimen de personal, económico y patrimonial del Instituto Catalán de la Salud. En concreto, regula las distintas tipologías de personal, el patrimonio adscrito y el propio, los recursos económicos, el régimen presupuestario y contable y el control financiero, dentro del marco de la normativa aplicable a la empresa pública catalana.

IV

En cuanto a la parte final de la presente ley, cabe destacar que contiene una disposición final que modifica cuatro disposiciones transitorias de la Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud. La Ley 7/2003, tiene la voluntad de avanzar en la ordenación de las actividades y los servicios de salud pública y persigue modernizar la acción administrativa en el ámbito de la protección de la salud, a fin de dotarla de las herramientas científicas, técnicas y organizativas necesarias que contribuyan a preservar la salud de la población de Cataluña, de acuerdo con los principios informadores del sistema sanitario catalán de racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia.

Las disposiciones transitorias modificadas de la Ley 7/2003, son la primera, la segunda, la octava y la novena, dirigidas a regular la situación del personal que ha ejercido funciones y actividades en el ámbito de la salud pública en Cataluña. Estas disposiciones establecen una transformación profunda del panorama de los recursos humanos vigente hasta el momento. Sin embargo, desde la entrada en vigor de la Ley 7/2003, se han detectado algunos aspectos que requieren una mejora bajo el punto de vista de la prestación del servicio de salud pública y de la coherencia interna del sistema de salud en Cataluña, y también bajo el punto de vista de la constitucionalidad de los procesos de selección previstos. Por estas razones la presente ley incluye modificaciones en el contenido de las disposiciones mencionadas.

Las disposiciones transitorias que son objeto de modificación hacen referencia a dos situaciones. Las disposiciones transitorias primera y segunda se refieren a los funcionarios de los cuerpos de médicos y practicantes titulares, que deben optar por alguna de las alternativas que les ofrecen dichas disposiciones transitorias. Las disposiciones transitorias octava y novena hacen referencia a las personas que en el momento de la entrada en vigor de la Ley 7/2003 ocupaban, con carácter interino, un puesto de trabajo de los cuerpos de médicos, practicantes, comadrones o farmacéuticos titulares, y determina su situación a partir de la entrada en vigor de la presente ley. También se regulan el proceso de selección que deben superar los médicos, practicantes y comadrones para acceder a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Catalán de la Salud y el proceso de selección que deben superar los farmacéuticos para acceder a la condición de personal funcionario del Cuerpo de Titulación Superior de la Generalidad, Salud Pública.

Con la presente ley, pues, quiere llevarse a cabo la reforma asistencial y la reforma organizativa necesarias para que el Instituto Catalán de la Salud dé una respuesta adecuada a las necesidades de salud de la ciudadanía y, a su vez, consiga una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Creación de la empresa pública Instituto Catalán de la Salud.*

Se crea el Instituto Catalán de la Salud como entidad de derecho público de la Generalidad, que actúa sujeto al derecho privado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus funciones, de conformidad con el artículo 21 del Decreto legislativo 2/2002, de 24 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley 4/1985, de 29 de marzo, del Estatuto de la empresa pública catalana.

Artículo 2. *Régimen jurídico.*

1. El Instituto Catalán de la Salud se rige por la presente ley, por las normas de desarrollo que debe aprobar el Gobierno, a quien corresponde aprobar sus estatutos, y por los acuerdos que adopte su consejo de administración dentro de este marco. El Instituto queda sometido a la normativa reguladora del sector público de la Generalidad, a la normativa sobre finanzas públicas y del patrimonio de la Generalidad y, en general, a las demás normas de derecho público en las materias establecidas por la presente ley.

2. El Instituto Catalán de la Salud tiene autonomía funcional y de gestión y queda adscrito al Servicio Catalán de la Salud.

3. El Instituto Catalán de la Salud se ajusta a los principios de desconcentración y de descentralización territorial y de gestión, de acuerdo con el modelo sanitario de Cataluña y con el marco organizativo territorial aprobado por el Gobierno.

4. El Instituto Catalán de la Salud tiene la condición de medio propio instrumental y de servicio técnico de la Administración de la Generalidad y de los entes que dependen de la misma, a efecto de lo que se establece en los artículos 4.1.n y 24.6 del texto refundido de la Ley de contratos del sector público, aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre.

5. Las relaciones entre el Instituto Catalán de la Salud y los departamentos en los que se estructura la Administración de la Generalidad y los entes que de ella dependen de los cuales es medio propio instrumental y de servicio técnico no tienen naturaleza contractual y se articulan mediante los correspondientes encargos. En consecuencia, el Instituto Catalán de la Salud está obligado a llevar a cabo los encargos que le formulen estos departamentos, que deben especificar, como mínimo, el ámbito del encargo, la previsión de los costes y el sistema de financiación.

6. El Instituto Catalán de la Salud no puede participar en las licitaciones públicas convocadas por los departamentos de la Administración de la Generalidad respecto a los cuales tiene la consideración de medio propio instrumental y de servicio técnico. No obstante, cuando no concurra ningún licitador, puede encargarse al Instituto Catalán de la Salud la ejecución de la actividad objeto de la licitación pública.

7. El importe de las prestaciones realizadas por el Instituto Catalán de la Salud se determina mediante la aplicación de las correspondientes tarifas a las unidades ejecutadas. En la determinación de estas tarifas deben tenerse en cuenta los costes reales de la realización o ejecución de la correspondiente prestación.

Artículo 3. *Objetivos.*

1. Los objetivos del Instituto Catalán de la Salud son:

a) Prestar servicios sanitarios públicos preventivos, asistenciales, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, paliativos, de cuidados y de promoción y mantenimiento de la salud destinados a los ciudadanos, de conformidad con el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y la cartera de servicios aprobada por el Gobierno de la Generalidad.

b) Prestar otros servicios financiados con tasas o precios públicos que le pueda encargar el departamento competente en materia de salud.

c) Llevar a cabo actividades docentes y de investigación en el campo de las ciencias de la salud.

2. Las prestaciones públicas deben incluir necesariamente la atención primaria y la atención continua extrahospitalaria; la atención hospitalaria, que incluye los servicios de alta complejidad y alta tecnología médica; la atención sociosanitaria; la atención de la salud mental, y la prestación de servicios diagnósticos y apoyo para garantizar unos servicios asistenciales eficientes y de calidad.

3. El Instituto Catalán de la Salud debe cooperar con los demás prestadores públicos de servicios sanitarios y sociosanitarios, a fin de dar eficacia y coherencia a la realización de su objeto.

Artículo 4. *Funciones.*

El Instituto Catalán de la Salud tiene las siguientes funciones:

a) Desarrollar una organización asistencial de la Generalidad que sea un referente y un modelo de provisión de servicios de salud en Cataluña.

b) Garantizar la prestación sostenible de unos servicios asistenciales de calidad, que se ajusten a los requerimientos específicos de los ciudadanos, respetando el principio de autonomía de gestión de centros y servicios, la participación y corresponsabilización profesional en la gestión de los servicios, la transparencia en su actuación y en la colaboración con otras instituciones con finalidades similares.

c) Mejorar y modernizar sus infraestructuras y equipamientos, con una distribución coherente sobre el territorio.

d) Reforzar las políticas de personal para asegurar la competencia y la motivación de los profesionales y promover condiciones de trabajo adecuadas.

e) Adaptar la organización y prestación de sus servicios a las problemáticas cambiantes y garantizar una utilización óptima de los medios disponibles.

f) Promover la utilización de las terapias más adecuadas.

g) Adaptar las políticas de información y los métodos de interacción con los usuarios.

h) Optimizar la gestión de los recursos financieros.

i) Establecer formas de gobierno rigurosas y transparentes, que permitan a los órganos de gobierno ejercer una dirección efectiva de la institución y garanticen una participación efectiva de todos los implicados.

Artículo 5. *Principios de gestión.*

1. El Instituto Catalán de la Salud actúa de acuerdo con los principios de eficiencia, mediante una gestión pública moderna y rigurosa de los recursos; autonomía de gestión; eficacia; simplificación; desconcentración; descentralización territorial; racionalización; transparencia; agilidad; evaluación de la gestión; sostenibilidad; cooperación; participación social y corresponsabilidad de sus profesionales; continuidad del proceso asistencial, equidad en el acceso a las prestaciones, proximidad y orientación de la gestión a los ciudadanos.

2. El Instituto Catalán de la Salud debe facilitar el acceso, promoción y desarrollo profesional de sus miembros teniendo en cuenta, entre otros, sus méritos y su capacidad profesional, y debe respetar su autonomía técnica y científica sin más limitaciones que las que se deriven del ordenamiento jurídico y el código deontológico.

3. Los principios que rigen la gestión del Instituto Catalán de la Salud se articulan mediante la aplicación de las nuevas tecnologías de la información, la innovación organizativa y asistencial, la formación continua de los profesionales, la evidencia científica disponible y la gestión de riesgo en los términos y condiciones establecidos por la normativa aplicable.

4. El Instituto Catalán de la Salud debe contar con un sistema integral de gestión que permita conocer y controlar la calidad y el coste de los servicios y los resultados obtenidos en el ejercicio de sus actividades, globalmente y en cada nivel de responsabilidad, así como efectuar la evaluación del funcionamiento del sistema y la consecución de los objetivos fijados respetando los principios de autonomía de gestión de cada centro.

5. El departamento competente en materia de salud debe velar para que la empresa pública Instituto Catalán de la Salud elabore un sistema de rendición de cuentas basado en

la contabilidad de costes y que incorpore indicadores de calidad, satisfacción de los usuarios y eficiencia económica y resultados de salud.

6. El Instituto Catalán de la Salud, en el marco de las disponibilidades presupuestarias, debe disponer de los recursos suficientes para lograr sus objetivos.

7. La dirección y gestión de los centros propios del Instituto Catalán de la Salud corresponden exclusivamente a los cargos directivos y al personal con funciones de mando del Instituto, y en ningún caso pueden contratarse a terceros. En el caso de los consorcios y demás entidades en que el Instituto Catalán de la Salud participa mayoritariamente, estas funciones corresponden, en los mismos términos y condiciones, al personal directivo de los mismos o al personal con funciones de mando del Instituto.

CAPÍTULO II

Organización

Artículo 6. *Órganos de dirección, participación comunitaria y gestión.*

1. Los órganos de dirección del Instituto Catalán de la Salud son el Consejo de Administración y el director o directora gerente.

2. Los órganos de participación comunitaria del Instituto Catalán de la Salud son el Consejo General de Participación, los consejos de participación de los centros, servicios y establecimientos del Instituto, y los demás órganos de participación que puedan crearse.

3. Los órganos a que se refiere el apartado 2 se configuran como órganos colegiados de participación comunitaria con fines de asesoramiento, consulta, seguimiento y supervisión de la actividad sanitaria del Instituto Catalán de la Salud y deben ser integrados, entre otros, por representantes de los entes locales, la sociedad civil y las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en Cataluña y de las profesiones sanitarias. Estos órganos deben disponer de los instrumentos y medios necesarios para garantizar una participación efectiva y útil.

4. Se crea el Consejo de Participación de los Profesionales del Instituto Catalán de la Salud, como órgano de participación que asesora al Consejo de Administración sobre asuntos relacionados con las condiciones y el ejercicio profesional del personal médico y de enfermería del Instituto.

5. La composición, funciones y normas de funcionamiento de los órganos de participación a que se refieren los apartados 3 y 4 deben establecerse mediante los respectivos estatutos o por acuerdo del Consejo de Administración.

6. Los órganos de gestión del Instituto Catalán de la Salud son:

a) Los servicios corporativos, que son a su vez estructura de apoyo del director o directora gerente y de los centros, servicios y establecimientos del Instituto.

b) Las gerencias territoriales.

c) Las unidades de gestión de los centros, servicios y establecimientos del Instituto.

Artículo 7. *El Consejo de Administración.*

1. El Consejo de Administración es el órgano superior de gobierno y dirección del Instituto Catalán de la Salud.

2. El Consejo de Administración está formado por:

a) El presidente o presidenta, nombrado por el Gobierno, que puede delegar las funciones en un vocal o una vocal.

b) Cuatro vocales propuestos por el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud.

c) Dos vocales propuestos por el consejero o consejera del departamento competente en materia de economía y finanzas.

d) Un vocal o una vocal propuesto por el consejero o consejera del Departamento de la Presidencia.

e) Un vocal o una vocal propuesto por el consejero o consejera del departamento competente en materia de administración local.

f) Un vocal o una vocal propuesto por el consejero o consejera del departamento competente en materia de servicios sociales.

g) Un vocal o una vocal propuesto por el consejero o consejera del departamento competente en materia de servicios penitenciarios.

h) Un vocal o una vocal propuesto por el consejero o consejera del departamento competente en materia de innovación.

i) Un vocal o una vocal propuesto por el consejero o consejera del departamento competente en materia de trabajo.

j) Un vocal o una vocal propuesto por el Consejo de Participación de los Profesionales del Instituto Catalán de la Salud.

k) Un vocal o una vocal propuesto por el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, entre los miembros de las asociaciones de pacientes o de las asociaciones de consumidores y usuarios.

l) Dos vocales propuestos por las entidades asociativas de los entes locales de Cataluña.

m) Dos vocales propuestos por el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, entre profesionales de reconocido prestigio en el ámbito sanitario.

n) Dos vocales propuestos por las organizaciones sindicales más representativas en Cataluña.

o) Dos vocales propuestos por las organizaciones sindicales con más representación en el ámbito del Instituto Catalán de la Salud.

3. Los vocales del Consejo de Administración son nombrados por el Gobierno.

4. Los miembros del Consejo de Administración están sometidos al régimen de incompatibilidades establecido por la normativa general que les corresponde y, en particular, son incompatibles con cualquier vinculación directa con personas físicas o jurídicas cuya actividad esté directamente relacionada con los trabajos encomendados al Instituto Catalán de la Salud, si esta vinculación puede impedir o menoscabar el cumplimiento estricto de sus deberes o comprometer su imparcialidad o independencia.

5. El presidente o presidenta del Consejo de Administración debe nombrar a un secretario o secretaria entre los profesionales del Instituto Catalán de la Salud, con voz pero sin voto, al que corresponde extender las actas de las sesiones, entregar las certificaciones de los acuerdos y conservar los libros oficiales.

6. La composición del Consejo de Administración debe procurar conseguir la paridad de género.

7. El director o directora gerente del Instituto Catalán de la Salud asiste a las sesiones del Consejo de Administración, con voz pero sin voto.

8. Los estatutos deben prever la creación de una comisión ejecutiva del Consejo de Administración, con las facultades que, de acuerdo con lo establecido por el artículo 8.3, este Consejo le delegue. En la composición de la Comisión Ejecutiva debe ser mayoritaria la representación de la Generalidad.

9. Los acuerdos en el Consejo de Administración o en la Comisión Ejecutiva se adoptan por mayoría. En caso de empate, el voto del presidente o presidenta del Consejo de Administración es dirimente.

Artículo 8. *Funciones del Consejo de Administración.*

1. El Consejo de Administración del Instituto Catalán de la Salud se encarga de llevar a cabo la planificación estratégica de los medios que están adscritos al mismo, dirigir sus actuaciones y ejercer el control superior de su gestión.

2. En el marco de la función general determinada por el apartado 1, corresponden al Consejo de Administración las siguientes funciones específicas:

a) Proponer al consejero o consejera competente en materia de salud, para que sean presentadas al Gobierno, la aprobación y modificación de los estatutos del Instituto Catalán de la Salud, y aprobar, si procede, el reglamento marco de funcionamiento interno de los centros, servicios y establecimientos del Instituto.

b) Establecer, a propuesta del director o directora gerente o a iniciativa propia, de acuerdo con los estatutos, la estructura organizativa de los órganos de gestión del Instituto; las normas de funcionamiento, y las normas y criterios de desarrollo organizativo.

c) Fijar los objetivos de actuación del Instituto Catalán de la Salud y de los entes que dependen del mismo y aprobar las directrices necesarias para su consecución.

d) Aprobar, antes de que los departamentos competentes en materia de salud y en materia de economía y finanzas hagan la presentación conjunta al Gobierno, el contrato-programa entre el Instituto Catalán de la Salud y el Servicio Catalán de la Salud que establece el artículo 14, y, si procede, las propuestas de modificación del contrato-programa.

e) Aprobar los programas anuales de los centros, servicios y establecimientos del Instituto Catalán de la Salud.

f) Aprobar el proyecto de presupuesto del Instituto Catalán de la Salud y presentarlo al departamento competente en materia de salud, para que lo incorpore a su proyecto general y lo tramite según la normativa vigente.

g) Aprobar la memoria anual del Instituto Catalán de la Salud y la liquidación de su presupuesto, después de que la Intervención General haya emitido informe favorable del mismo.

h) Presentar al departamento competente en materia de salud las propuestas normativas en las materias sujetas al ámbito competencial del Instituto Catalán de la Salud.

i) **(Derogada)**

j) Ratificar los acuerdos o los convenios de colaboración con otras entidades, firmados por el director o directora gerente del Instituto Catalán de la Salud, de contenido económico superior a 250.000 euros.

k) **(Derogada)**

l) Autorizar las modificaciones de créditos presupuestarios de contenido económico superior a 250.000 euros con sujeción a la legislación de finanzas públicas de la Generalidad y a las sucesivas leyes anuales de presupuestos.

m) Aprobar el programa anual para cada centro, servicio y establecimiento del Instituto Catalán de la Salud, en el que deben especificarse los recursos que estos gestionan en régimen de autonomía.

n) Aprobar los planes de inversiones relativos a la construcción y remodelación de los centros, servicios y establecimientos del Instituto Catalán de la Salud de contenido económico superior a un millón de euros.

o) Ratificar las adquisiciones de nuevos equipamientos médicos y de otros tipos, de acuerdo con la política general de planificación territorial de servicios fijada por el departamento competente en materia de salud y con los límites establecidos en la dotación del capítulo VI del presupuesto del Instituto, siempre y cuando no se trate de una adquisición por reposición y que el coste del equipo supere los 250.000 euros.

p) Aprobar los objetivos y parámetros de evaluación de los cargos directivos del Instituto Catalán de la Salud que le proponga el director o directora gerente.

q) Aprobar, a propuesta del director o directora gerente, la relación, la valoración y la clasificación de los puestos de trabajo, así como su modificación, con la determinación de su ámbito territorial y funcional.

r) Aprobar las ofertas públicas de ocupación que deben dar lugar a los procesos de selección de personal del Instituto Catalán de la Salud, siempre de acuerdo con la normativa presupuestaria y con las demás disposiciones aplicables en el ámbito de la Generalidad.

s) Aprobar el régimen retributivo y las retribuciones de los cargos directivos y del personal con funciones de mando del Instituto Catalán de la Salud, así como las cuantías retributivas del personal del Instituto, que deben sujetarse siempre a la normativa presupuestaria y a las demás disposiciones aplicables en el ámbito de la Generalidad.

t) Nombrar a los cargos directivos a que se refiere el artículo 20, a propuesta del director o directora gerente, y, si procede, crear nuevos cargos directivos.

u) Garantizar la calidad y equidad de los servicios que presta el Instituto Catalán de la Salud en sus centros, servicios y establecimientos, y establecer un modelo público de rendición de cuentas con indicadores de calidad, satisfacción de los usuarios y eficiencia económica. Este modelo también debe establecer los objetivos que deben conseguir los cargos directivos y el sistema de evaluación de las respectivas gestiones.

v) Velar para que el Instituto Catalán de la Salud consiga el uso completo de sus capacidades potenciales para utilizar con la máxima eficiencia los recursos públicos asignados.

w) Aprobar el plan de ordenación de recursos humanos, previa negociación en la mesa sectorial de negociación de sanidad, de conformidad con el artículo 80.2.g de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

3. El Consejo de Administración del Instituto Catalán de la Salud puede delegar en la Comisión Ejecutiva las funciones establecidas por el apartado 2, salvo las establecidas por las letras a, c, d, f y w.

Artículo 9. *El director o directora gerente.*

El director o directora gerente tiene la representación legal del Instituto Catalán de la Salud, asume la dirección de su gestión ordinaria y es nombrado y cesado por el Gobierno a propuesta del consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, una vez oído al Consejo de Administración.

Artículo 10. *Funciones del director o directora gerente.*

Corresponden al director o directora gerente del Instituto Catalán de la Salud las siguientes funciones:

a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones que regulan la actuación del Instituto Catalán de la Salud y ejecutar los acuerdos adoptados por el Consejo de Administración y por la Comisión Ejecutiva en las materias en que tiene competencia.

b) Llevar a cabo los acuerdos que adopta el Consejo de Administración y la Comisión Ejecutiva en las materias de su competencia.

c) Ejercer la dirección y la inspección generales de los centros y servicios asistenciales del Instituto Catalán de la Salud en las vertientes sanitaria, científica, docente, económica, administrativa, presupuestaria, patrimonial y de personal, para el cumplimiento de sus objetivos y fines.

d) Dirigir las funciones de planificación, evaluación y control de la gestión económica, financiera y presupuestaria, así como distribuir el presupuesto del Instituto entre los centros de gasto y las subunidades presupuestarias del Instituto Catalán de la Salud, de acuerdo con la normativa vigente.

e) Ejercer la dirección de personal del Instituto Catalán de la Salud, así como la potestad disciplinaria, sin perjuicio de las facultades y competencias que expresamente se atribuyan por acuerdo del Consejo de Administración a los órganos de gestión operativa y a la autonomía de los centros.

f) Proponer al Consejo de Administración la relación, valoración y clasificación de los puestos de trabajo, así como su modificación, con la determinación de su ámbito territorial y funcional.

g) Elaborar y proponer al Consejo de Administración el proyecto de oferta de ocupación pública.

h) Contratar las obras, servicios y suministros, y proponer los planes de inversiones del Instituto Catalán de la Salud dentro de los límites establecidos por la normativa aplicable y respetando la capacidad de gestión de los centros.

i) Elaborar, de acuerdo con el Servicio Catalán de la Salud, la propuesta del contrato-programa que establece el artículo 14 y la propuesta de los programas anuales de los centros, servicios y establecimientos del Instituto Catalán de la Salud.

j) Establecer acuerdos y convenios de colaboración con otras instituciones públicas y privadas, siempre y cuando el interés público lo aconseje, e informar de ello al Consejo de Administración.

k) Implantar instrumentos y aprobar instrucciones, circulares y órdenes de servicio para asegurar la transparencia y la rendición de cuentas a otros departamentos de la Generalidad, al Gobierno y a la ciudadanía.

l) Proponer al Consejo de Administración el nombramiento de los cargos directivos de los servicios corporativos y de los gerentes territoriales del Instituto Catalán de la Salud.

m) Nombrar al personal con funciones de mando a que se refiere el artículo 21, e informar de ello al Consejo de Administración.

n) Cualquier otra función de dirección y gestión no asignada expresamente a los demás órganos del Instituto Catalán de la Salud.

Artículo 11. *Organización y funciones de los servicios corporativos.*

1. Los servicios corporativos del Instituto Catalán de la Salud son la estructura directiva de apoyo al director o directora gerente y a los centros, servicios y establecimientos del Instituto, de los que dependen.
2. Los servicios corporativos del Instituto Catalán de la Salud ejecutan las estrategias y políticas comunes del Instituto, de acuerdo con el principio de desconcentración, descentralización y autonomía de gestión con respecto a los centros, servicios y establecimientos del Instituto.
3. Los servicios corporativos del Instituto Catalán de la Salud organizan su actividad como centros de servicios compartidos y comunes al Instituto, aprovechando las sinergias y economías de escala de la organización; proponen objetivos en cuanto a la actividad, calidad y eficiencia económica de todos los centros, servicios y establecimientos del Instituto, y evalúan sus resultados, que son públicos.
4. Los objetivos estratégicos de los servicios corporativos del Instituto Catalán de la Salud deben ser establecidos por sus estatutos.

Artículo 12. *Los centros, servicios y establecimientos.*

1. Los centros, servicios y establecimientos mediante los que actúa el Instituto Catalán de la Salud se organizan bajo el principio de autonomía económica y financiera y de gestión, en el marco de los programas anuales aprobados por el Consejo de Administración del Instituto.
2. Los estatutos del Instituto Catalán de la Salud deben establecer los criterios generales de creación o modificación de los órganos de gestión de los centros y servicios del Instituto y, sin perjuicio de las facultades otorgadas por la presente ley al Consejo de Administración y al director o directora gerente en la materia, deben concretar sus normas de organización y funcionamiento.
3. La creación por parte del Instituto Catalán de la Salud de consorcios y de entidades en cualquier forma admitida en derecho, salvo entes de derecho público y de organismos autónomos, así como la participación en consorcios y entidades ya existentes, requieren el acuerdo de una mayoría absoluta de los miembros del Consejo de Administración previo a la autorización del Gobierno, si procede.
4. **(Derogado)**
5. **(Derogado)**
6. El Consejo de Administración puede delegar competencias en los órganos de dirección de los centros, servicios y establecimientos del Instituto Catalán de la Salud.

Artículo 13. *Organización de los centros, servicios y establecimientos.*

1. Los centros, servicios y establecimientos del Instituto Catalán de la Salud pueden organizarse mediante:

a) Gerencias territoriales que gestionan conjuntamente la atención primaria, la atención hospitalaria y otros servicios sociosanitarios.
b) Unidades de gestión de atención primaria.
c) Unidades de gestión hospitalaria.
d) Otras unidades de gestión con las que se dote al Instituto.

2. Si lo aconseja el impulso y la ejecución de proyectos estratégicos o de gestión compartida del Instituto Catalán de la Salud, y siempre en el marco de estas alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida, los profesionales del Instituto pueden prestar servicios conjuntos en dos o más centros, servicios y establecimientos propios o ajenos, en los términos establecidos por la disposición adicional octava de la Ley de medidas fiscales, financieras y administrativas para el 2015 y sin perjuicio de lo que establezca, si procede, la normativa de incompatibilidades.

CAPÍTULO III

Prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios

Artículo 14. *Contrato-programa con el Servicio Catalán de la Salud.*

1. La prestación de servicios del Instituto Catalán de la Salud por cuenta del Servicio Catalán de la Salud se articula a través de un contrato-programa suscrito por ambas entidades, previa aprobación del Gobierno, a propuesta conjunta de los departamentos competentes en materia de salud y de economía y finanzas, y de acuerdo con la normativa de aplicación del sector público de la Generalidad.

2. El departamento competente en materia de salud, como garante superior del uso eficiente y equitativo de los recursos públicos, debe garantizar que el modelo de contratación con el Instituto Catalán de la Salud responda a las políticas generales que tiene establecidas.

3. El contrato-programa entre el Instituto Catalán de la Salud y el Servicio Catalán de la Salud tiene una duración máxima de cinco años y en él deben hacerse constar, al menos, los siguientes aspectos:

a) La relación de servicios y actividades que debe prestar el Instituto Catalán de la Salud por cuenta del Servicio Catalán de la Salud, la correspondiente evaluación económica, los recursos con relación a los sistemas de compra y pago vigentes, los objetivos y la financiación. En esta relación deben constar los distintos centros, servicios y establecimientos del Instituto.

b) Los requisitos y condiciones en que deben prestarse los servicios y actividades.

c) Los objetivos, resultados esperados, mecanismos para evaluar los objetivos y resultados efectivamente conseguidos, los indicadores y el marco de responsabilidad del Instituto Catalán de la Salud.

d) El plazo de vigencia, en el supuesto de que sea inferior al máximo establecido por el presente apartado.

e) Las facultades de seguimiento que corresponden al Servicio Catalán de la Salud para el cumplimiento efectivo del contrato-programa.

4. El contrato-programa entre el Servicio Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de la Salud debe establecer un programa anual para cada centro, servicio y establecimiento del Instituto, que debe asegurar su suficiencia presupuestaria en caso de aumento inesperado de la demanda o por la complejidad de las prestaciones.

Artículo 15. *Prestación de servicios a cargo de un tercero obligado al pago.*

1. El Instituto Catalán de la Salud debe reclamar, al amparo del artículo 83 de Ley general de sanidad, el pago de la tasa o el precio público pertinente, en virtud de las normas legales o reglamentarias, de las de seguros públicos o privados o de las de responsabilidad por lesión o enfermedad causadas a las personas asistidas por el Instituto Catalán de la Salud, siempre y cuando exista un tercero obligado al pago. En el caso de convenios o conciertos con terceros obligados al pago, debe reclamárseles el importe de la asistencia prestada de acuerdo con los términos del correspondiente convenio o concierto.

2. La actividad de los centros y servicios del Instituto Catalán de la Salud debe dirigirse a toda la población que tiene derecho a la asistencia sanitaria de acuerdo con la Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud, sin perjuicio de lo establecido por los artículos 16 y 83 de la Ley general de sanidad.

CAPÍTULO IV

Contratación, impugnación de los actos y responsabilidad

Artículo 16. *Contratación.*

1. El Instituto Catalán de la Salud debe ajustar su actividad contractual a lo dispuesto en la normativa reguladora de los contratos de las administraciones públicas.

2. El órgano de contratación del Instituto Catalán de la Salud es el director o directora gerente. Los directores de los centros, servicios y establecimientos del Instituto también pueden serlo si está determinado en los estatutos o es acordado por el Consejo de Administración.

Artículo 17. *Régimen de impugnación de los actos.*

1. Las personas interesadas pueden interponer los correspondientes recursos administrativos contra los actos administrativos emanados de los órganos del Instituto Catalán de la Salud, en los mismos casos, plazos y formas establecidos por la legislación sobre el procedimiento administrativo común, de acuerdo con las especialidades determinadas por el presente artículo.

2. Los acuerdos del Consejo de Administración del Instituto Catalán de la Salud agotan la vía administrativa.

3. Los actos dictados por el director o directora gerente del Instituto Catalán de la Salud que no agotan la vía administrativa pueden ser objeto de un recurso de alzada ante el Consejo de Administración. En todos los casos, agotan la vía administrativa los actos dictados en materia de personal estatutario y laboral, las resoluciones de los procedimientos de responsabilidad patrimonial y los demás actos que establece la normativa reguladora de los entes que integran el sector público de la Generalidad.

4. Los actos dictados por los servicios corporativos, por las unidades de gestión y por las gerencias territoriales del Instituto Catalán de la Salud no agotan la vía administrativa y pueden ser objeto de un recurso de alzada ante el director o directora gerente del Instituto.

5. Las reclamaciones previas en vía jurisdiccional civil y laboral deben presentarse al director o directora gerente del Instituto Catalán de la Salud, que es el órgano competente para su resolución, de acuerdo con la normativa vigente sobre el procedimiento administrativo común.

6. Los actos de gestión, liquidación y recaudación de los precios públicos del Instituto Catalán de la Salud son impugnables ante los órganos económicos y administrativos de la Generalidad.

Artículo 18. *Responsabilidad.*

1. El régimen de responsabilidad del Instituto Catalán de la Salud y de las autoridades y el funcionariado que prestan servicios en el mismo se exige en los mismos términos y casos que se exigen para la Administración de la Generalidad y de acuerdo con las disposiciones generales de aplicación.

2. Los procedimientos de responsabilidad patrimonial deben ser resueltos por el director o directora gerente del Instituto Catalán de la Salud.

CAPÍTULO V

Régimen de personal, económico y patrimonial

Artículo 19. *Personal.*

1. El personal del Instituto Catalán de la Salud puede estar integrado por:

a) Personal estatutario de los servicios de salud, que se rige por la Ley del Estado 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, y por la normativa de desarrollo que apruebe la Generalidad. Por razones de interés general determinadas por acuerdo del Gobierno y con el fin de garantizar la prestación del servicio público sanitario equitativo en todo el territorio de Cataluña, puede eximirse del requisito de la nacionalidad en el acceso a la condición de personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud; a este personal se le exige un conocimiento suficiente de catalán y castellano para acceder a la condición de personal estatutario del Instituto.

b) Personal funcionario de la Administración de la Generalidad, que se rige por la normativa de la función pública propia de la Administración de la Generalidad. El personal sanitario funcionario se rige por la Ley del Estado 55/2003, en los términos establecidos por el artículo 2.3 de dicha ley.

c) Personal laboral, que se rige por la normativa laboral y demás normas convencionalmente aplicables.

d) Personal eventual, que, en virtud de nombramiento y con carácter no permanente, sólo hace funciones expresamente calificadas de confianza o de asesoramiento especial. Este personal es retribuido con cargo a los créditos presupuestarios consignados a este fin, y se rige por la normativa de función pública de la Generalidad que regula este personal.

2. Los procesos de selección de personal y provisión de puestos de trabajo deben basarse en la legislación correspondiente a cada tipología de personal y deben garantizar los principios de igualdad, mérito, capacidad, publicidad y objetividad.

3. La gestión de personal debe integrar fórmulas de información periódica, de participación en el análisis de las problemáticas, así como la formulación correlativa de iniciativas de mejora, promoción y formación profesionales, mecanismos de mediación de conflictos y tratamiento de eventuales insuficiencias, de acuerdo con la normativa de aplicación.

Artículo 20. *Cargos directivos.*

1. Es cargo directivo del Instituto Catalán de la Salud quien desempeña funciones de gerencia o dirección profesional con autonomía y plena responsabilidad sólo limitadas por los criterios e instrucciones directas emanados de los órganos superiores de gobierno del Instituto. El personal directivo del Instituto ocupa el puesto de trabajo en virtud de un contrato laboral de alta dirección.

2. A las personas que acceden a un cargo directivo desde la condición de personal laboral fijo, personal estatutario fijo o funcionariado de carrera al servicio de la Administración de la Generalidad o de cualquier otra administración pública, debe reconocérseles la situación administrativa de servicios especiales o equivalente, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa de aplicación a su vinculación de origen.

3. Los cargos directivos del Instituto Catalán de la Salud son sometidos periódicamente a procedimientos de verificación de las responsabilidades de la gestión encomendada. El Consejo de Administración debe regular estos procedimientos, que deben permitir la evaluación, en todos los casos, de la eficiencia y la eficacia en la actividad realizada, la equidad en las decisiones, la austeridad y el control del gasto, la acción para alcanzar la calidad total y la ética en la actuación.

El resultado del proceso de verificación y de evaluación de la gestión o, en su caso, la falta de verificación de las responsabilidades de la gestión encomendada debe trasladarse a los órganos competentes en materia de nombramientos, que quedan vinculados.

La superación de los procesos de verificación de las responsabilidades permite la continuidad en la gestión encomendada. Transcurridos cuatro años desde que se haya encomendado la gestión, la falta de verificación de las responsabilidades o la no superación de los procesos de verificación comporta el cese automático en las funciones asignadas.

4. Son cargos directivos del Instituto Catalán de la Salud el director o directora gerente, los directores de los servicios corporativos o los que están asimilados, los gerentes territoriales, los gerentes o directores de unidad de gestión hospitalaria y los gerentes o directores de unidad de gestión de atención primaria o los que están asimilados, así como los demás cargos creados por los estatutos o por acuerdo del Consejo de Administración que, de acuerdo con el apartado 1, tengan dicha condición.

5. El ejercicio de un cargo directivo es incompatible con cualquier otra actividad laboral, excepto las docentes, las de investigación y las actividades de prestación conjunta en el marco de alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida. En todos los casos, los cargos directivos están sometidos a la normativa de incompatibilidades de los altos cargos de la Administración de la Generalidad y sin perjuicio de la limitación de retribución máxima establecida por la Ley 2/2014, de 27 de enero, de medidas fiscales, administrativas, financieras y del sector público.

Artículo 21. *Personal con funciones de mando.*

1. Es personal con funciones de mando el que ocupa puestos de trabajo que tienen atribuidas funciones de mando en las estructuras de los servicios corporativos y en las

unidades de gestión y gerencias territoriales del Instituto Catalán de la Salud, pero carentes de la consideración de cargos directivos de acuerdo con el artículo 20. Estos puestos de trabajo se proveen mediante convocatoria pública.

2. Los procedimientos de selección de estos puestos de trabajo deben determinar en cada caso si la provisión se realiza con profesionales que tengan la condición de funcionarios o estatutarios, o bien con profesionales vinculados por una relación de carácter laboral. El mismo puesto de trabajo puede ser convocado de forma alternativa, en distintos procesos selectivos, de acuerdo con alguno de los mencionados sistemas de vinculación.

3. El régimen jurídico, las condiciones y el procedimiento de aplicación a estas convocatorias y a los profesionales seleccionados se determinan por acuerdo del Consejo de Administración del Instituto Catalán de la Salud. En todos los casos deben garantizarse los principios de publicidad, objetividad, mérito y capacidad.

4. Tienen la consideración de personal con funciones de mando las personas que ocupan las subdirecciones de los servicios corporativos o asimilados, las direcciones asistenciales médicas, de enfermería, de personal, de gestión económica y de servicios generales o asimiladas de las gerencias territoriales, centros hospitalarios y ámbitos de atención primaria y otras unidades de gestión de la estructura del Instituto Catalán de la Salud, así como las direcciones clínicas y los puestos de trabajo que tienen atribuidas las funciones de cualquiera de los mencionados en el presente artículo con independencia de la denominación que tengan.

5. El ejercicio de un puesto con funciones de mando del Instituto Catalán de la Salud es incompatible con cualquier otra actividad laboral de responsabilidad y contenido similares que pueda realizarse en otro centro, servicio o establecimiento sanitario, salvo en los casos y en los términos de la disposición adicional octava de la Ley de medidas fiscales, financieras y administrativas para el 2015 y sin perjuicio de lo establecido por la normativa de incompatibilidades.

Artículo 22. *Patrimonio.*

Constituyen el patrimonio del Instituto Catalán de la Salud:

a) Los bienes y derechos de que es titular, los que haya adquirido y los que adquiera o reciba por cualquier título.

b) Los bienes y derechos de cualquier naturaleza afectos a los servicios del Instituto Catalán de la Salud, cuya titularidad demanial le sea cedida por la Generalidad o por el Servicio Catalán de la Salud.

c) Los bienes y derechos de cualquier naturaleza que le sean adscritos por la Generalidad o por el Servicio Catalán de la Salud.

Artículo 23. *Régimen patrimonial.*

1. El Instituto Catalán de la Salud, en las condiciones y los términos regulados por la normativa de aplicación, debe establecer la contabilidad y los registros que permitan conocer la naturaleza, titularidad y destino de sus bienes y derechos, propios o adscritos, sin perjuicio de las competencias de los demás entes y organismos en materia de salud.

2. Los bienes y derechos que la Generalidad adscriba al Instituto Catalán de la Salud deben revertir en las mismas condiciones que tenían al producirse su adscripción, en el supuesto de que el Instituto Catalán de la Salud se extinga o modifique la naturaleza de sus funciones, siempre y cuando esta modificación tenga incidencia en dichos bienes y derechos.

3. Los bienes y derechos que estén adscritos al Instituto Catalán de la Salud conservan la calificación jurídica originaria; la adscripción no debe implicar la transmisión de su dominio público ni su desafectación.

4. El patrimonio del Instituto Catalán de la Salud afecto al ejercicio de sus funciones tiene la consideración de dominio público como patrimonio afecto a un servicio público y, como tal, disfruta de las exenciones tributarias que corresponden a los bienes de esta naturaleza.

5. En todo aquello que no esté regulado en este artículo, es de aplicación a los bienes y derechos del Instituto Catalán de la Salud la normativa reguladora de los entes que integran el sector público de la Generalidad y, en su defecto, el Decreto legislativo 1/2002, de 24 de

diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de patrimonio de la Generalidad de Cataluña.

Artículo 24. *Recursos económicos.*

1. Los recursos económicos del Instituto Catalán de la Salud están constituidos por:
a) Las asignaciones con cargo a los presupuestos de la Generalidad.
b) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos propios o que tenga adscritos.
c) Los créditos y préstamos que le sean concedidos.
d) Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de entidades y particulares.
e) La recaudación de tasas y el ingreso de precios públicos.
f) Cualquier otro recurso que pueda serle atribuido expresamente.

2. En todos los casos, los precios y demás ingresos de derecho público derivados del ejercicio de las actividades del Instituto Catalán de la Salud quedan afectos al Instituto para el cumplimiento de sus fines.

Artículo 25. *Operaciones de crédito y prestación de avales.*

1. El Instituto Catalán de la Salud, en los términos y condiciones establecidos por la normativa de aplicación, puede hacer uso del endeudamiento mediante la formalización de operaciones de crédito en forma de préstamos concertados con entidades de crédito, dentro de los límites del importe fijado por la correspondiente ley de presupuestos de la Generalidad. El Consejo de Administración debe formular la propuesta referente a las características de cada operación de crédito.
2. El Instituto Catalán de la Salud puede proponer la prestación de avales a favor de los consorcios y entidades en que participa mayoritariamente, con los límites y fines que estén fijados en cada ley de presupuestos de la Generalidad.
3. A efectos de lo establecido en el presente artículo, es de aplicación subsidiariamente la normativa reguladora del sector público de la Generalidad.

Artículo 26. *Presupuesto.*

1. El presupuesto del Instituto Catalán de la Salud se rige por la normativa reguladora de las entidades que integran el sector público, la normativa reguladora de las finanzas públicas de la Generalidad y las sucesivas leyes de presupuestos.
2. El Instituto Catalán de la Salud adecua su funcionamiento al presupuesto incluido en cada ley de presupuestos de la Generalidad. Este presupuesto integra los ingresos y gastos de los centros, servicios y establecimientos a través de los cuales actúa el Instituto.
3. El Consejo de Administración aprueba anualmente el proyecto de presupuesto, que debe contener:

a) El estado de recursos, con las estimaciones correspondientes para el ejercicio.
b) El estado de dotaciones, con la evaluación de los medios necesarios para desarrollar las actividades del ejercicio.
c) Lo que determina la normativa anual de elaboración de los presupuestos.

4. El Instituto Catalán de la Salud debe presentar el presupuesto de explotación y de capital y el programa de actuaciones, inversiones y financiación, tanto individualizado como consolidado con los consorcios y sociedades de derecho privado en que participa.

Artículo 27. *Régimen contable.*

1. El régimen de contabilidad del Instituto Catalán de la Salud está establecido en la normativa reguladora de las entidades que integran el sector público de la Generalidad.
2. El Instituto Catalán de la Salud, en los términos y condiciones establecidos por la normativa de aplicación, debe llevar la contabilidad según los procedimientos más adecuados a la índole de su actividad, de modo que permita un conocimiento adecuado y un control efectivo de las actuaciones y los costes.

3. La prestación del servicio de tesorería del Instituto Catalán de la Salud debe efectuarse de acuerdo con los criterios que determine el departamento competente en materia de economía y finanzas, que debe respetar el principio de autonomía financiera.

Artículo 28. *Control financiero.*

1. El control financiero de la actividad del Instituto Catalán de la Salud está establecido en la normativa reguladora de las finanzas públicas de Cataluña, que se lleva a cabo, mediante el procedimiento de control financiero permanente a cargo de la Intervención General, con emisión de informes periódicos, que deben contener la auditoría de la legalidad y la eficacia y eficiencia de la gestión.

2. Los informes pueden contener directrices de obligado cumplimiento en materia de legalidad y contabilidad y, especialmente, deben efectuar el seguimiento del cumplimiento de estas directrices. En el caso de incumplimiento manifiesto y reiterado, el consejero o consejera del departamento competente en materia de economía y finanzas, a propuesta de la Intervención General, puede acordar que se aplique a determinados centros o gastos el procedimiento de control por fiscalización previa.

3. El Instituto Catalán de la Salud, las entidades que dependen del mismo y las entidades que puedan crearse al amparo del artículo 12 quedan sometidos a los sistemas de información corporativa en materia económico-financiera y de recursos humanos, en los términos que determinen los departamentos competentes en materia de economía y finanzas y de función pública.

Disposición adicional primera. *Subrogación.*

La entidad creada por la presente ley se subroga en todos los derechos y deberes del Instituto Catalán de la Salud creado por la Ley 12/1983, de 14 de julio, de administración institucional de la sanidad, y de la asistencia y los servicios sociales de Cataluña.

Disposición adicional segunda. *Reserva de nombres, y beneficios, exenciones y franquicias.*

El Instituto Catalán de la Salud y, si procede, todos los organismos dotados de personalidad que dependan del mismo, en el ejercicio de sus funciones, disfrutan de la reserva de nombres y de los beneficios, exenciones y franquicias, cualquiera que sea su naturaleza, que la legislación atribuya a la Administración de la Generalidad y a las entidades públicas que tienen encomendada la gestión de la Seguridad Social.

Disposición adicional tercera. *Transferencia de bienes y servicios.*

El Gobierno de la Generalidad debe llevar a cabo las negociaciones necesarias con el Gobierno del Estado para conseguir, por transferencia, la titularidad de bienes y servicios del patrimonio único de la Seguridad Social adscritos a la Generalidad.

Disposición adicional cuarta. *Incompatibilidades.*

1. Los puestos de trabajo de jefe de servicio del Instituto Catalán de la Salud que estén cubiertos a partir de la entrada en vigor de la presente ley son incompatibles con cualquier otra actividad laboral de responsabilidad similar que pueda ejercerse en otro centro, servicio o establecimiento sanitario.

2. Cualquier otra actividad laboral que puedan ejercer los jefes de servicio del Instituto Catalán de la Salud queda sometida a la normativa sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración de la Generalidad.

Disposición adicional quinta. *Ejercicio de funciones por el Servicio Catalán de la Salud.*

De acuerdo con el régimen de adscripción establecido en el artículo 2.2, las funciones que atribuyen al departamento competente en materia de salud el artículo 3.1.b), el artículo 5.5 y las letras f, h y o del artículo 8.2 se ejercen a través del Servicio Catalán de la Salud.

Disposición adicional sexta. *Sistema de asignación de las funciones de jefe o jefa de servicio de los servicios jerarquizados del Instituto Catalán de la Salud.*

1. La asignación de las funciones de jefe o jefa de servicio de los servicios jerarquizados del Instituto Catalán de la Salud, cuando se asignen exclusivamente por convocatoria interna entre personal estatutario fijo, se hará por el sistema de libre designación. Cuando exista una vacante en el servicio y se asignen al mismo tiempo las funciones de jefe o jefa de servicio mediante una única convocatoria abierta, se hará por el sistema de concurso público, de conformidad con la normativa reglamentaria aplicable.

2. Corresponde al Consejo de Administración del Instituto Catalán de la Salud, en uso de las facultades que le otorga la presente ley, adecuar los procedimientos a los que se refiere el apartado 1 a las necesidades y peculiaridades de la estructura organizativa del Instituto, que debe garantizar en cualquier caso la publicidad, idoneidad y transparencia del proceso.

Disposición adicional séptima. *Certificación de evaluación positiva de las funciones de gestión clínica del Instituto Catalán de la Salud.*

1. Para la continuidad en el ejercicio de las funciones de gestión clínica, una vez transcurridos el primero y los siguientes cuatrienios desde el inicio del ejercicio de las funciones, la persona titular debe estar en posesión del certificado de evaluación positiva de las funciones asignadas.

2. El procedimiento para la obtención del certificado de evaluación positiva se inicia a instancia de la persona que tenga encargadas las funciones de gestión clínica mediante una solicitud dirigida a la dirección de centro hospitalario o a la dirección de atención primaria a la que está adscrita, y debe acompañarse la solicitud con la memoria de la actividad realizada y el proyecto a desarrollar en los siguientes cuatro años.

3. El plazo de presentación de las solicitudes de inicio del procedimiento para la obtención del certificado de evaluación positiva es de un mes a contar desde la fecha en que falten cuatro meses para la finalización del ejercicio de las funciones asignadas.

4. El director o directora del hospital o del centro de atención primaria debe verificar y valorar:

a) La memoria de la actividad realizada en los últimos cuatro años.

b) El proyecto a desarrollar en los siguientes cuatro años.

c) Las competencias en gestión y liderazgo de la persona interesada mediante instrumentos en que participen los profesionales del entorno de la persona evaluada.

d) Cualquier otra documentación que pueda recaudar el órgano competente para la resolución del procedimiento.

5. Contra la resolución que pone fin al procedimiento el profesional puede interponer recurso de alzada ante el director o directora gerente del Instituto Catalán de la Salud. Transcurridos tres meses desde la fecha de inicio del procedimiento sin que se haya notificado resolución expresa, la solicitud presentada se entiende desestimada.

6. Los certificados de evaluación positiva tienen una validez de cuatro años. Una vez transcurridos los cuatro años desde la asignación de las funciones de gestión clínica, la falta del certificado de evaluación positiva comporta el cese automático en las funciones asignadas.

La falta de presentación de la solicitud para el inicio del procedimiento para la obtención del certificado de evaluación positiva dentro del plazo establecido por esta disposición comporta, asimismo, el cese automático en las funciones asignadas por la falta de voluntad de la persona interesada para continuar ejerciéndolas.

7. Tienen la consideración de funciones de gestión clínica las descritas en el artículo 10 de la Ley del Estado 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y en particular las funciones asignadas a las direcciones y subdirecciones médicas, a las direcciones y subdirecciones de enfermería, a las direcciones clínicas, a los de jefe de servicio y de sección del servicios jerarquizados de atención hospitalaria y de atención primaria, a los adjuntos y a los supervisores de enfermería, y a los directores y a los adjuntos de equipo de atención primaria y de atención continuada y urgencias de base territorial (ACUT).

Disposición adicional octava. *Régimen retributivo del personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud que ocupe un cargo directivo.*

El personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud que suscriba un contrato laboral de alta dirección para ocupar un cargo directivo tiene derecho a continuar percibiendo el importe del complemento de carrera profesional correspondiente al nivel de carrera que tiene reconocido como personal estatutario.

Disposición transitoria primera. *Régimen de control de los gastos.*

El régimen de control que regula el artículo 28 debe aplicarse, respecto a los gastos del capítulo I del presupuesto del Instituto, gradualmente, en las condiciones y plazos que establezca el consejero o consejera competente en materia de economía y finanzas, a propuesta de la Intervención General.

Disposición transitoria segunda. *Personalidad jurídica de centros, servicios y establecimientos.*

(Derogada)

Disposición transitoria tercera. *Período transitorio para obtener la certificación de evaluación positiva de las funciones de gestión clínica del Instituto Catalán de la Salud.*

1. Los profesionales que tengan encomendadas funciones de gestión clínica que en la fecha de entrada en vigor de la presente disposición transitoria no hayan sido evaluados, o haga más de tres años y ocho meses que hayan sido evaluados, disponen de cuatro meses, a contar desde la mencionada entrada en vigor, para iniciar el procedimiento para obtener el certificado de evaluación positiva.
2. El plazo de resolución y notificación de los procedimientos para obtener el certificado de evaluación positiva al que se refiere esta disposición transitoria es de dieciocho meses, a contar desde la fecha de presentación de las solicitudes de inicio del procedimiento.
3. Están excluidas de lo establecido por los apartados 1 y 2 las personas que tienen asignadas funciones de jefe de servicio y de jefe de sección, que quedan sujetas a lo que determina el apartado 2 de la disposición adicional cuarta de la Ley 2/2014, de 27 de enero, de medidas fiscales, administrativas, financieras y del sector público.

Disposición derogatoria.

1. Quedan derogados los artículos relativos al Instituto Catalán de la Salud de la Ley 12/1983, de 14 de julio, de administración institucional de la sanidad, y de la asistencia y los servicios sociales de Cataluña, y las disposiciones transitorias segunda, tercera, cuarta, sexta y octava y el apartado 2 de la disposición final primera de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, en todo aquello que afecta directamente el Instituto Catalán de la Salud.
2. Quedan derogadas cuantas normas se opongan a lo establecido por la presente ley, sin perjuicio de la vigencia de las disposiciones siguientes, cuya relación se efectúa a título enunciativo, o de las que las modifican o sustituyen, siempre y cuando no contradigan la presente ley y mientras no se aprueben sus normas de desarrollo y de aplicación:

a) Decreto 380/1983, de 8 de septiembre, de estructuración de los consejos generales del Instituto Catalán de la Salud y del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, en la parte que afecta al Instituto Catalán de la Salud.
b) Decreto 276/2001, de 23 de octubre, de reestructuración del Instituto Catalán de la Salud.
c) Decreto 277/2001, de 23 de octubre, por el que se regulan las estructuras de dirección, gestión y administración de las instituciones sanitarias en el ámbito de la atención primaria del Instituto Catalán de la Salud.
d) Decreto 202/2005, de 27 de septiembre, por el que se establecen las normas reguladoras de los órganos de participación de los centros hospitalarios gestionados por el Instituto Catalán de la Salud.

e) Decreto 53/2006, de 28 de marzo, de medidas de reforma del Instituto Catalán de la Salud.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud.*

1. Se modifica la disposición transitoria primera de la Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud, que queda redactada del siguiente modo:

«1.1 Los funcionarios de los cuerpos de médicos y practicantes titulares que se hayan integrado en los equipos de atención primaria en los términos de la disposición transitoria cuarta del Decreto 84/1985, de 21 de marzo, de medidas para la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña, y de la Orden del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de 6 de mayo de 1986, deben optar por una de las siguientes alternativas:

a) Integrarse en la Agencia de Protección de la Salud para llevar a cabo las funciones que esta entidad tiene encomendadas. Los médicos titulares quedan integrados en el Cuerpo de Titulación Superior de la Generalidad, Salud Pública, y los practicantes titulares quedan integrados en el Cuerpo de Diplomatura de la Generalidad, Salud Pública, con la jornada de trabajo ordinaria del personal que ejerce funciones administrativas y técnicas al servicio de la Administración de la Generalidad. Este personal, que permanece en la situación administrativa que legalmente le corresponda con relación a su cuerpo de origen por razón de la integración voluntaria a que se refiere el presente apartado, debe recibir las retribuciones que le corresponden como personal del Cuerpo de Titulación Superior de la Generalidad, Salud Pública, o del Cuerpo de Diplomatura de la Generalidad, Salud Pública.

b) Cumplir únicamente las funciones propias de los equipos de atención primaria e integrarse como personal estatutario de los servicios de salud en la categoría que corresponda y con sujeción al régimen de prestación de servicios, de dedicación y retributivo que establezcan las normas en vigor en cada momento para los profesionales que prestan la actividad asistencial en el ámbito de la atención primaria. Este personal, que permanece en la situación administrativa que legalmente corresponda con relación a su cuerpo de origen debido a la integración voluntaria a que se refiere el presente apartado, debe recibir las retribuciones que le corresponden como personal estatutario, sin perjuicio de la percepción de un complemento personal, transitorio y absorbible por la diferencia que se produzca si, en ocasión del ejercicio de este derecho de opción, se acredita una reducción de las retribuciones anuales.

c) Seguir cumpliendo las funciones propias de los equipos de atención primaria y las de protección de la salud. En cuanto a las funciones de protección de la salud, este personal queda adscrito funcionalmente a la Agencia de Protección de la Salud. Debe establecerse por reglamento el régimen de dedicación horaria a estas funciones, al margen de lo establecido con carácter general para las actividades inherentes a los equipos de atención primaria. Este personal debe seguir percibiendo las retribuciones que acreditaba hasta el momento de ejercer este derecho de opción.

1.2 Debe establecerse el procedimiento para el ejercicio del derecho de opción a que se refiere el apartado 1 mediante una orden del consejero o consejera de Salud.

1.3 En el caso de que las personas interesadas no manifiesten la opción escogida en los plazos fijados por el procedimiento establecido a tal efecto, se entiende que optan por la del apartado 1.1.c). 1.4 En el caso de que la opción escogida sea la del apartado 1.1.a) o la del apartado 1.1.b), el derecho de opción sólo puede ejercerse una vez.»

2. Se modifica la disposición transitoria segunda de la Ley 7/2003, que queda redactada del siguiente modo:

«2.1 Los funcionarios de los cuerpos de médicos y practicantes titulares que hayan optado por no integrarse en los equipos de atención primaria, al amparo de la disposición transitoria cuarta del Decreto 84/1985 y de la Orden del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de 6 de mayo de 1986, deben optar por una de las siguientes alternativas:

a) Integrarse en la Agencia de Protección de la Salud para llevar a cabo las funciones que esta tiene encomendadas, adscritos a la Agencia. Los médicos titulares quedan integrados en el Cuerpo de Titulación Superior de la Generalidad, Salud Pública, y los practicantes titulares quedan integrados en el Cuerpo de Diplomatura de la Generalidad, Salud Pública, con la jornada de trabajo ordinaria propia del personal que ejerce funciones administrativas y técnicas al servicio de la Administración de la Generalidad. Este personal, que permanece en la situación administrativa que legalmente corresponda con relación a su cuerpo de origen debido a la integración voluntaria a que se refiere el presente apartado, debe recibir las retribuciones que le correspondan como personal del Cuerpo de Titulación Superior de la Generalidad, Salud Pública, o del Cuerpo de Diplomatura de la Generalidad, Salud Pública.

b) Cumplir únicamente las funciones propias de los equipos de atención primaria e integrarse como personal estatutario de los servicios de salud en la categoría que corresponda y con sujeción al régimen de prestación de servicios, de dedicación y retributivo que establezcan las normas en vigor en cada momento para los profesionales que prestan la actividad asistencial en el ámbito de la atención primaria. Este personal, que permanece en la situación administrativa que legalmente proceda con relación a su cuerpo de origen debido a la integración voluntaria a que se refiere el presente apartado, debe recibir las retribuciones que le correspondan como personal estatutario, sin perjuicio de la percepción de un complemento personal, transitorio y absorbible por la diferencia que se produzca si, en ocasión del ejercicio de este derecho de opción, se acredita una reducción de las retribuciones anuales.

c) Seguir cumpliendo las funciones propias de protección de la salud y ejercer las funciones asistenciales en el ámbito de la atención primaria. El régimen de prestación de servicios, de dedicación y retributivo de la actividad asistencial del personal que ejercite esta opción es el establecido para la categoría correspondiente de personal estatutario de los servicios de salud en las normas en vigor en cada momento para los profesionales que prestan servicios en los equipos de atención primaria. Este personal, por razón del desarrollo de las funciones propias de los equipos de atención primaria, percibe las retribuciones propias de la categoría correspondiente de personal estatutario de los servicios de salud, sin perjuicio de la percepción de un complemento personal, transitorio y absorbible por la diferencia que se produzca si, en ocasión del ejercicio de este derecho de opción, se acredita una reducción de las retribuciones anuales. En cuanto a las funciones de protección de la salud, este personal queda adscrito funcionalmente a la Agencia de Protección de la Salud. Debe establecerse por reglamento el régimen de dedicación horaria a dichas funciones, al margen de las previsiones establecidas con carácter general para las actividades inherentes a los equipos de atención primaria. Este personal debe seguir percibiendo las retribuciones que acreditaba hasta el momento de ejercer este derecho de opción.

2.2 Debe establecerse el procedimiento para el ejercicio del derecho de opción a que se refiere el apartado 1 mediante una orden del consejero o consejera de Salud.

2.3 En el caso de que las personas interesadas no manifiesten la opción escogida en los plazos fijados por el procedimiento establecido al efecto, se entiende que optan por la del apartado 2.1.c). 2.4 En el caso de que la opción escogida sea la del apartado 2.1.a) o la del apartado 2.1.b), el derecho de opción sólo puede ejercerse una vez.»

3. Se modifica la disposición transitoria octava de la Ley 7/2003, que queda redactada del siguiente modo:

«8.1 El personal al servicio de la Generalidad que en el momento de la entrada en vigor de la presente ley ocupe con carácter interino un puesto de trabajo de los cuerpos de médicos, practicantes o comadrones titulares pasa a ocupar, con carácter temporal y de forma automática, un puesto de trabajo de personal estatutario de la misma categoría, adscrito al Instituto Catalán de la Salud.

8.2 El departamento competente en materia de salud, con carácter excepcional, debe realizar las convocatorias adecuadas para que el personal estatutario temporal a que se refiere el apartado 1 pueda acceder a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Catalán de la Salud, mediante la superación de un procedimiento selectivo, de acuerdo con las siguientes condiciones:

a) El personal que se halle en alguna de las situaciones previstas en la disposición transitoria tercera del Decreto Legislativo 1/1997, de 31 de octubre, por el que se aprueba la refundición en un texto único de los preceptos de determinados textos legales vigentes en Cataluña en materia de función pública, debe superar un procedimiento selectivo, en turno restringido, mediante la realización de pruebas específicas del sistema de concurso-oposición que deben versar sobre los contenidos propios de las funciones a desarrollar y sobre los correspondientes aspectos prácticos y organizativos. Este personal dispone de tres convocatorias que deben realizarse sin solución de continuidad. Agotada la última convocatoria, las personas que no lo hayan superado siguen con la vinculación de personal estatutario interino, sometidas al procedimiento de selección ordinario.

b) Para el personal que no se encuentre incluido en ninguna de las situaciones a que se refiere la letra a, debe convocarse, con carácter excepcional, transitorio y por una sola vez, un proceso selectivo, en turno de reserva especial, por concurso-oposición libre, para acceder a la condición de funcionario o funcionaria de las distintas categorías de personal estatutario fijo de los servicios de salud. Este proceso conlleva la realización y superación de pruebas específicas del sistema de concurso-oposición que deben versar sobre los contenidos propios de las funciones a desarrollar y sobre los correspondientes aspectos prácticos y organizativos.

8.3 El proceso descrito por las letras a y b del apartado 8.2 debe contener la calificación de los méritos acreditados por los aspirantes que superen la fase de oposición. Las bases de la convocatoria de este proceso selectivo deben establecer la valoración especial de los servicios prestados por los aspirantes en el ámbito del departamento competente en materia de salud y del Instituto Catalán de la Salud, así como en otras administraciones públicas, correspondientes a funciones propias de las plazas convocadas. Los aspirantes deben demostrar conocimientos orales y escritos de lengua catalana mediante una prueba. Quedan exentos los aspirantes que acrediten documentalmente los conocimientos pertinentes.

8.4 La adquisición de la condición de personal estatutario fijo de acuerdo con los apartados anteriores conlleva su sujeción al régimen de prestación de servicios, de dedicación y retributivo que establezcan las normas en vigor en cada momento para los profesionales que prestan la actividad asistencial en el ámbito de la atención primaria.»

4. Se modifica la disposición transitoria novena de la Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud, que queda redactada del siguiente modo:

«9.1 El personal al servicio de la Generalidad que en el momento de la entrada en vigor de la presente ley ocupe con carácter interino un puesto de trabajo del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares pasa a ocupar, con carácter temporal y de forma automática, un puesto de trabajo del Cuerpo de Titulación Superior de la Generalidad, Salud Pública, adscrito a la Agencia de Protección de la Salud.

9.2 El Departamento de Gobernación y Administraciones Públicas, con carácter excepcional, debe realizar las convocatorias adecuadas para que el personal a que se refiere el apartado 1 pueda acceder a la condición de funcionario o funcionaria del Cuerpo de Titulación Superior de la Generalidad, Salud Pública, mediante la

superación de un procedimiento selectivo, de acuerdo con las siguientes condiciones:

a) El personal que se halle en alguna de las situaciones previstas en la disposición transitoria tercera del Decreto Legislativo 1/1997, de 31 de octubre, por el que se aprueba la refundición en un texto único de los preceptos de determinados textos legales vigentes en Cataluña en materia de función pública, debe superar un procedimiento selectivo, en turno restringido, mediante la realización de pruebas específicas del sistema de concurso-oposición que deben versar sobre los contenidos propios de las funciones a desarrollar y sobre los correspondientes aspectos prácticos y organizativos. Este personal dispone de cuatro convocatorias que deben realizarse sin solución de continuidad. Agotada la última convocatoria, las personas que no lo hayan superado siguen con la vinculación de personal interino, sometidas al procedimiento de selección ordinaria.

b) Para el personal que no se halle incluido en ninguna de las situaciones a se refiere la letra a, debe convocarse, con carácter excepcional, transitorio y por una sola vez, un proceso selectivo, en turno de reserva especial, por concurso-oposición libre, para acceder a la condición de funcionario o funcionaria del Cuerpo de Titulación Superior de la Generalidad, Salud Pública. Este proceso conlleva también la realización y superación de pruebas específicas del sistema de concurso-oposición que deben versar sobre los contenidos propios de las funciones a desarrollar y sobre los correspondientes aspectos prácticos y organizativos.

9.3 El proceso descrito por las letras a) y b) del apartado 9.2 debe contener la calificación de los méritos acreditados por los aspirantes que superen la fase de oposición. Las bases de la convocatoria de este proceso selectivo deben establecer la especial valoración de los servicios prestados por los aspirantes en el ámbito del departamento competente en materia de salud y del Instituto Catalán de la Salud, así como en otras administraciones públicas, correspondientes a funciones propias de las plazas convocadas. Los aspirantes deben demostrar conocimientos orales y escritos de lengua catalana mediante una prueba. Quedan exentos los aspirantes que acrediten documentalmente los conocimientos pertinentes.»

Téngase en cuenta que se declara la inconstitucionalidad y nulidad de los apartados 2b) y 3 de la disposición transitoria 9 de la Ley 7/2003, de 25 de abril. Ref. BOE-A-2003-10531., en la redacción dada por el apartado 4 de la presente disposición, en cuanto establecen una especial valoración de los servicios prestados por los aspirantes, por Sentencia del TC 86/2016, de 28 de abril. Ref. BOE-A-2016-5198.

Disposición final segunda. *Aprobación de los estatutos.*

El Gobierno, en el plazo de seis meses, debe aprobar los estatutos del Instituto Catalán de la Salud, que han de regular su organización y régimen de funcionamiento.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

La presente ley entra en vigor al día siguiente de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, salvo lo establecido en el apartado 1 de la disposición adicional cuarta, que no será efectivo mientras no entre en vigor la reforma de la legislación en materia de ordenación sanitaria.

§ 8

Ley 1/2011, de 24 de febrero, de transformación de fundaciones del sector público sanitario de las Illes Balears y de determinación del régimen jurídico de las fundaciones públicas sanitarias

Comunidad Autónoma de las Illes Balears
«BOIB» núm. 30, de 28 de febrero de 2011
«BOE» núm. 65, de 17 de marzo de 2011
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2011-4885

EL PRESIDENTE DE LAS ILLES BALEARS

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de las Illes Balears ha aprobado y yo, en nombre del Rey, y de acuerdo con lo que se establece en el artículo 48.2 del Estatuto de Autonomía, tengo a bien promulgar la siguiente ley:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, incorporó al ámbito del Sistema Nacional de Salud un modelo de organización caracterizado principalmente por la gestión directa tradicional en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

Sin embargo, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, consecuencia de la tramitación parlamentaria del Real Decreto Ley 10/1996, de 17 de junio, tuvo por objeto ampliar las formas organizativas de gestión de los centros sanitarios y, por lo tanto, se estableció la posibilidad de que la gestión de los centros y de los servicios sanitarios y sociosanitarios se pudiera llevar a cabo, directa o indirectamente, mediante cualquiera de las personificaciones de naturaleza pública o privada admitidas por el ordenamiento jurídico.

Por otro lado, el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, regula las fundaciones públicas sanitarias del sector público estatal y las incorpora al conjunto de entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho a las cuales hace referencia la Ley 15/1997, dado que se trata de organismos de naturaleza pública y de titularidad pública.

El Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, de nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud, desarrolla la Ley 15/1997 y también el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre. El texto anterior conserva el carácter y la esencia del servicio público de los centros y de los servicios sanitarios que se tienen que gestionar, a la vez que enumera y desarrolla las nuevas formas de gestión sanitaria. También establece como tales las fundaciones de la derogada Ley 30/1994, de 20 de noviembre, de fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general (actual Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de fundaciones), los consorcios y las sociedades estatales,

todas mencionadas en la exposición de motivos de la Ley 15/1997, así como las fundaciones públicas sanitarias reguladas por la Ley 50/1998.

En el contexto legal mencionado, nacen la Fundación Hospital de Manacor por Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de noviembre de 1996, publicado por la Resolución de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria de 21 de enero de 1997 (BOE de 6 de febrero), y la Fundación Hospital Son Llàtzer por Acuerdo del Consejo de Ministros de 8 de junio de 2001, publicado por la Resolución de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria de 12 de junio de 2001 (BOE de 22 de junio de 2001). Ambas fundaciones tienen naturaleza jurídico-privada y son hoy fundaciones del sector público autonómico al amparo de lo que establece el artículo 55 de la Ley 7/2010, de 21 de julio, del sector público instrumental de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

Dentro del marco normativo mencionado y al amparo de la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, el Servicio de Salud de las Illes Balears pretende implementar un procedimiento de estatutarización del personal funcionario y laboral que preste servicio en las instituciones sanitarias que conforman el sistema sanitario público de las Illes Balears, como por ejemplo las fundaciones del sector público Son Llàtzer y Manacor. De acuerdo con esta disposición adicional quinta, y al objeto de homogeneizar las relaciones de empleo del personal de cada uno de los centros, de las instituciones o de los servicios de salud y con la finalidad de mejorar la gestión, las administraciones públicas sanitarias pueden establecer procedimientos para la integración directa, con carácter voluntario, en la condición de personal estatutario, en la categoría y titulación equivalente, de las personas que prestan servicios en estos centros, instituciones o servicios con la condición de funcionarios de carrera o en virtud de contrato laboral fijo.

En este mismo sentido, la Ley 6/2007, de 27 de diciembre, de medidas tributarias y económico-administrativas, modifica la disposición adicional duodécima de la Ley 25/2006, de 27 de diciembre, de medidas tributarias y administrativas, de forma que prevé expresamente que, de acuerdo con la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, el Gobierno puede establecer por reglamento procedimientos para la integración directa y voluntaria en la condición de personal estatutario fijo y en la categoría y titulación equivalente, del personal funcionario de carrera o laboral fijo que está adscrito o presta sus servicios en los centros, servicios y establecimientos del Servicio de Salud de las Illes Balears o de las empresas públicas o fundaciones del sector público autonómico adscritas al Servicio de Salud, que se relacionen en el correspondiente decreto.

En cumplimiento de estas disposiciones, el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 12 de noviembre de 2010 ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 4 de noviembre de 2010, por el cual se establecen el proceso y las condiciones de la oferta de integración en la condición de personal estatutario fijo del personal funcionario de carrera y del personal laboral fijo adscrito a centros, establecimientos o servicios gestionados por el Servicio de Salud de las Illes Balears.

El proceso mencionado no se puede llevar a cabo sin modificar la naturaleza jurídica de las fundaciones del sector público, dado que, como prevé el artículo 44 del Real Decreto 29/2000, «la relación jurídica del personal al servicio de las fundaciones será de carácter laboral y en consecuencia será aplicable lo que dispone el Real Decreto 1/1995, de 24 de marzo, por el cual se aprueba el texto refundido del Estatuto de los trabajadores y otras disposiciones de desarrollo». En el mismo sentido se pronuncian el artículo 20 de los Estatutos de la Fundación Hospital de Manacor y el artículo 33 de los Estatutos de la Fundación Hospital Son Llàtzer, como también el artículo 49 de la Ley 7/2010, de 21 de julio.

Al amparo de las consideraciones anteriores, no resultaría jurídicamente posible adscribir personal estatutario a los entes mencionados, dado que las fundaciones Son Llàtzer y Manacor son entes de naturaleza jurídico-privada que ajustan su actuación al derecho privado, como lo reconocen el artículo 39 del Real Decreto 29/2000, el artículo 46.1 de la Ley 50/2002 y el artículo 55.2 de la Ley 7/2010.

La presente ley pretende dar solución a la problemática mencionada y opta por transformar las dos fundaciones del sector público existentes en el ámbito de nuestra comunidad autónoma en fundaciones públicas sanitarias, entidades que sí que pueden albergar personal estatutario, tal como prevé el artículo 73 del Decreto 29/2000, de 14 de enero.

Además, y de conformidad con lo previsto en la disposición adicional tercera de la Ley 7/2010, de 21 de julio, se aborda la regulación de la fundaciones públicas sanitarias en el ámbito de las Illes Balears, y se fijan sus trazos básicos.

Artículo 1. *Transformación de fundaciones del sector público sanitario.*

1. Las fundaciones del sector público Hospital Son Llàtzer y Hospital de Manacor, constituidas en el ámbito de la comunitad autónoma de las Illes Balears, se transformarán automáticamente, desde la entrada en vigor de esta ley, en fundaciones públicas sanitarias con personalidad jurídica propia que tienen por objeto la gestión y la administración de los centros sanitarios Hospital Son Llàtzer y Hospital de Manacor.
2. Las fundaciones públicas sanitarias resultantes de la transformación mantienen la denominación anterior, y quedan adscritas al Servicio de Salud de las Illes Balears.
3. La transformación no implica la extinción de la fundación ni la apertura del procedimiento de liquidación.
4. La transformación de las fundaciones del sector público sanitario no debe suponer el cese de la actividad asistencial realizada por los centros sanitarios que gestionaban, la cual se continuará prestando sin interrupción.
5. Las nuevas fundaciones públicas sanitarias se tienen que subrogar en la totalidad de actos, contratos y relaciones jurídicas imputables a las transformadas.
6. Los bienes y los derechos pertenecientes a cada entidad transformada se tienen que integrar en el patrimonio de las nuevas fundaciones con el mismo título jurídico que tenía la entidad preexistente.
7. La transformación de las fundaciones del sector público sanitario en fundaciones públicas sanitarias es causa de baja en el Registro de Fundaciones de las Illes Balears.

Artículo 2. *Régimen jurídico de las fundaciones públicas sanitarias.*

1. Las fundaciones públicas sanitarias del sector público de las Illes Balears se rigen por sus estatutos, que deben respetar las prescripciones de esta ley y las disposiciones autonómicas que la desarrollan. Supletoriamente son de aplicación las disposiciones sobre las entidades públicas empresariales de conformidad con lo que se establece en el apartado 2 de la disposición adicional tercera de la Ley 7/2010, de 21 de julio, del sector público instrumental de la comunidad autónoma de las Illes Balears.
2. Las fundaciones públicas sanitarias se pueden crear para la gestión y la administración de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud, de investigación sanitaria, desarrollo tecnológico o innovación en el campo sanitario, gestión de la donación de sangre y tejidos y gestión de la asistencia sanitaria o sociosanitaria.
3. La constitución, modificación, extinción, fusión, absorción, escisión o transformación de las fundaciones públicas sanitarias así como sus estatutos tienen que ser aprobados mediante acuerdo de Consejo de Gobierno a propuesta del consejero competente en materia de sanidad.
4. Los estatutos de las fundaciones públicas sanitarias se tienen que publicar en el «Butlletí Oficial de les Illes Balears». En todo caso, los estatutos tienen que establecer la estructura orgánica y el régimen de funcionamiento de las fundaciones, así como la definición de los objetivos que tenga que conseguir la entidad y los recursos humanos, financieros y materiales necesarios.
5. El régimen de contratación tiene que respetar, en todo caso, las previsiones contenidas en la legislación de contratos del sector público para las entidades públicas empresariales.
6. El personal al servicio de las fundaciones públicas sanitarias será el personal estatutario del Servicio de Salud de las Illes Balears que éste último ente público les adscriba. Si así lo prevén sus estatutos y cuando lo autorice el órgano de gobierno de la entidad, puede incorporarse a las fundaciones públicas sanitarias personal laboral.
7. El personal directivo de las fundaciones se tiene que regir por las previsiones contenidas en la Ley del sector público instrumental de la comunidad autónoma de las Illes Balears y en la Ley de la función pública de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

8. Las fundaciones públicas sanitarias pueden disponer de su propio patrimonio y tener bienes adscritos o cedidos por la Administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears o sus organismos autónomos.

9. Los bienes muebles e inmuebles que sean cedidos o adscritos serán objeto de administración ordinaria por los órganos de gobierno de las fundaciones, en los términos establecidos por la legislación vigente. Sin embargo y cuando se trate de los inmuebles a que se refiere la disposición adicional segunda de la Ley 5/2003, de 2 de abril, de salud de las Illes Balears, las obras de mejora, reparación, conservación y mantenimiento estarán a cargo del Servicio de Salud de las Illes Balears cuando su importe supere la cantidad de un millón de euros.

10. En materia financiera, presupuestaria, contable y de control, las fundaciones públicas sanitarias se tienen que regir por aquello que se prevé para las entidades públicas empresariales en la Ley del sector público instrumental de la comunidad autónoma de las Illes Balears y en el texto refundido de la Ley de finanzas de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

Disposición adicional única.

Excepcionalmente, las fundaciones públicas sanitarias pueden tener personal laboral propio si éste procede de las categorías laborales de las fundaciones del sector público que no ha optado por integrarse en el régimen estatutario.

Disposición transitoria primera.

1. El personal laboral al servicio de las fundaciones del sector público Hospital Son Llàtzer y Hospital de Manacor queda automáticamente integrado como personal laboral al servicio de las nuevas fundaciones públicas sanitarias en iguales condiciones que hasta este momento le eran de aplicación, mientras no se haya completado el proceso de estatutarización.

2. Una vez completada toda la adaptación de las entidades transformadas al régimen jurídico de las fundaciones públicas sanitarias, el personal de las entidades transformadas que haya optado por la estatutarización debe ratificar esta opción.

Disposición transitoria segunda.

1. Los estatutos de los entes preexistentes se tienen que adaptar en el plazo de seis meses a las prescripciones de esta ley y al resto de disposiciones que sean aplicables a las fundaciones públicas sanitarias.

2. Mientras no se adapten los estatutos de las nuevas fundaciones, continúan vigentes los estatutos de los entes preexistentes en todo aquello que no se oponga a las prescripciones de esta ley.

3. Una vez completada toda la adaptación de las entidades transformadas al régimen jurídico de las fundaciones públicas sanitarias, se tiene que instar la cancelación de los asientos en el Registro de Fundaciones de las Illes Balears.

Disposición derogatoria única.

1. Queda derogada la disposición adicional undécima de la Ley 11/1993, de 22 de diciembre, de presupuestos generales de la comunidad autónoma de las Illes Balears para el 1994.

2. Asimismo quedan derogadas todas las disposiciones de rango igual o inferior que se opongan a lo que dispone esta ley, la contradigan o sean incompatibles.

Disposición final única.

1. Se faculta el Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones que sean necesarias para desarrollar lo que dispone esta ley.

2. Esta ley entra en vigor el día siguiente de haber sido publicada en el Butlletí Oficial de les Illes Balears.

§ 9

Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, de Salud Mental de Navarra por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 153, de 17 de diciembre de 2010
«BOE» núm. 7, de 8 de enero de 2011
Última modificación: 28 de junio de 2012
Referencia: BOE-A-2011-401

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral de Salud Mental de Navarra por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Europa ha convertido la atención a la salud mental en uno de sus objetivos y, en congruencia con el Sistema Nacional de Salud, también lo es para la Comunidad Foral de Navarra. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial el 11 de diciembre de 2006, establece iniciativas para el impulso de actividades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con trastorno mental.

En Navarra la reforma psiquiátrica de 1986 ya pretendía que estas personas tuvieran el máximo de derechos o, al menos, los mismos que el resto de ciudadanos. Si bien el Hospital Psiquiátrico de Navarra cumplió durante años una función primordial, tanto en la asistencia sanitaria y en el aspecto residencial como en la búsqueda de la protección integral de las personas con enfermedad mental desprotegidas, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de abril de 1985, surgió como reacción a las exigencias sociales, de los familiares y de los interesados, y provocó un cambio sustancial en la concepción de la atención de la salud mental. Así, el Hospital Psiquiátrico cambió su denominación y contenido, hasta convertirse en el Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier, por Decreto Foral 246/1998 de 17 de agosto.

Ya el Informe para la Reforma Psiquiátrica se concretó en la puesta en marcha de un Plan de Salud Mental para la Comunidad Foral.

El plan, basado en un enfoque biopsicosocial multidisciplinar, incluía la integración de la salud mental en el sistema sanitario general y la creación de una red asistencial completa.

A la par se creó la Dirección de Salud Mental con una estructura que permitiría un salto significativo a nivel cuantitativo y cualitativo. Fue entonces cuando muchas personas con enfermedad mental salieron de los antiguos manicomios y hospitales psiquiátricos asilares,

permitiendo su integración en la sociedad y desarrollando un esfuerzo activo por la erradicación del estigma asociado a ellas.

La Reforma Psiquiátrica tuvo, sustancialmente, un carácter integral e integrador en la comunidad y en el conjunto del tejido social y ha estimulado la participación de los agentes implicados en los procesos de cambio organizativos, la implicación de los profesionales en la asistencia y la planificación coherente con los criterios de equidad, accesibilidad y calidad asistencial. Fruto de ello, bajo el marco de la Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, se han desarrollado diferentes dispositivos en la Comunidad Foral.

En la actualidad, según compromisos derivados de la elaboración del tan necesitado Plan Estratégico de Salud de Navarra, la Estrategia Nacional de Salud Mental y la urgencia de encontrar un Plan Director del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier fiel a la realidad y acorde al entorno que le rodea, se plantean importantes medidas de transformación para impulsar la salud mental en Navarra según el modelo de atención comunitaria y organizar consecuentemente la Red de Salud Mental.

Se ha dicho en repetidas ocasiones que nos encontramos en la segunda reforma o segunda fase de la reforma de salud mental.

Entre otras medidas se incluyen la creación de una Dirección de Salud Mental, el desarrollo del Plan Director del Centro Psicogeriátrico y la puesta en marcha de nuevos programas.

El desarrollo del Plan Director del Centro Psicogeriátrico «San Francisco Javier» conlleva un cambio de misión sustancial e incluye la progresiva reconversión de sus recursos en nuevas unidades y programas, incrementando así la oferta de servicios asistenciales en la Red de Salud Mental. Esto supone la desaparición de la institución, residuo manicomial, para pasar a convertirse en nuevas unidades que se incorporarán organizativamente a la red como unos dispositivos más de la misma.

La incorporación del espacio sociosanitario supone la mayor novedad en este aspecto, consiguiendo darle de esta forma el contenido que no ha tenido hasta la fecha y encontrar para salud mental una solución de la que tampoco había podido beneficiarse.

Resulta necesaria la puesta en marcha de nuevos programas asistenciales asertivo-comunitarios, intervención precoz, psicoterapia, trastornos de la personalidad y otros de recuperación más actualizados que den una respuesta más adaptada a las necesidades de los pacientes de salud mental.

Estos nuevos programas, como son los relativos a las unidades de patología dual, unidad psiquiátrica penitenciaria, unidad de alta seguridad, unidad de sub-agudos para adolescentes, unidad de drogodependientes, unidad infanto-juvenil, programas con inmigrantes, con personas con más riesgo de marginación o los sin techo, deben estar incorporados en la Ley Foral de modo que se definan líneas de trabajo y garantice la continuidad de la atención en los cuidados evitando la fragmentación en la atención.

Actualmente, toda estrategia de salud mental se basa en los contenidos de la Declaración de Helsinki, que adopta un enfoque integrado de promoción y prevención de los trastornos mentales, así como el tratamiento y la coordinación entre instituciones y dentro de las mismas, y fomenta en el mismo sentido la inserción laboral y social de las personas con trastorno mental.

La Red de Salud Mental de Navarra debe orientarse al futuro con una renovada misión, con un modelo organizativo que garantice los mejores resultados asistenciales para las necesidades de los ciudadanos navarros. Su estructura deberá promover y proyectar valores basados en la calidad, evidencia, liderazgo, sostenibilidad, seguridad, innovación y relaciones éticas.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales. Estructura de la Dirección de Salud Mental. La Red de Salud Mental

Artículo 1. *Objeto de la presente Ley Foral.*

La presente Ley Foral tiene por objeto:

a) Cambiar el paradigma de atención en la forma de entender la organización de la asistencia, iniciado bajo la influencia de una creciente conciencia de ciudadanía y de sensibilidad hacia el respeto de los derechos humanos en el que se da protagonismo a los usuarios y sus familias con respecto a la definición de sus necesidades.

b) Reforzar el papel de los padres y de la escuela en los primeros años de vida de la persona, como forma de detección precoz de la enfermedad mental; promover la salud mental en el trabajo; respaldar un envejecimiento mental saludable; trabajar con grupos de riesgo que pueden sufrir enfermedad mental; prevenir la depresión y el suicidio; prevenir la violencia y el consumo de sustancias perjudiciales; intervenir en la atención a los enfermos mentales en prisión; reducir las desventajas sociales y prevenir la estigmatización con programas desde la Dirección de Salud Mental.

c) La implantación de sistemas de calidad tanto para los centros propios como concertados, que permita la mejora continua de la atención.

d) Establecer un sistema de información, soportado en nuevas tecnologías, que permita la comunicación entre los distintos dispositivos asistenciales públicos o concertados, la coordinación e integración de sus actuaciones, así como la evaluación de la calidad e impacto de las actuaciones sobre la salud de los pacientes a través de un conjunto de indicadores.

e) Promover la adopción de guías de práctica clínica en los procesos clínicos de mayor relevancia para la salud mental basados en la mejor evidencia clínica aplicable, y que incorporen los procedimientos de actuación, integración de servicios y modos de evaluación.

f) Crear e impulsar mecanismos, instituciones, redes, tanto asistenciales como ciudadanas, que permitan establecer las condiciones en las que se instauren, implanten y desarrollen los principios descritos en la Estrategia de Salud Mental, como son:

Autonomía.
Continuidad.
Accesibilidad.
Comprensibilidad.
Equidad.
Recuperación personal.
Responsabilización.
Calidad.
Efectividad.
Eficiencia.

g) Establecer medidas tanto organizativas como presupuestarias destinadas a garantizar la participación de todos los grupos de interés en los procesos de mejora continua de la calidad.

h) Introducir y promover la gestión por procesos en los problemas de salud mental más relevantes, integrando las actuaciones de los diferentes profesionales y dispositivos sanitarios, sociales o comunitarios, ya sean propios o concertados, que intervengan o puedan intervenir en la atención de los pacientes o su entorno.

i) Propiciar la formación continua y la investigación de los profesionales como elemento de mejora continua.

j) La reorganización de los Servicios de Atención en materia de Salud Mental en la Comunidad Foral de Navarra y la adecuación de los centros y recursos que componen la Red de Salud Mental a las necesidades actuales.

Para ello se procede a:

1. La creación de la Dirección de Salud Mental, que pasará a tener carácter de órgano central de gestión que asume la máxima responsabilidad técnica de los programas y actuaciones de Salud Mental en el ámbito de la Región Sanitaria de Navarra, así como definir y regular su estructura y funcionamiento como entidad independiente con gestión autónoma, orientada a la gestión clínica del proceso asistencial. La Dirección de Salud Mental tendrá los siguientes objetivos generales:

a) Elaborar y mantener actualizado el Plan de Salud Mental de Navarra.

b) Planificar, organizar y evaluar la Red de Salud Mental.

c) Promocionar la salud mental, la prevención, la asistencia, los cuidados y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales o necesidades de atención en salud mental. Colaborar con la normalización y erradicación del estigma asociado a personas con trastornos mentales.

d) Ofertar a la población Navarra los recursos humanos y técnicos precisos para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

e) Prestar atención sanitaria de calidad a través de programas dirigidos a satisfacer las necesidades de salud mental de la población asignada, procurando el mejor conocimiento, desarrollo, organización y coordinación entre los profesionales de diferentes dispositivos de la Red u otros recursos, niveles, servicios o departamentos.

f) Desarrollar, colaborar y participar en las actividades y programas científicos de investigación, formación continuada, pregrado, postgrado y de especialización con proyectos propios o compartidos.

g) Ejercer, responsablemente, las funciones y llevar a cabo las actividades que se deriven del Plan de Salud de Navarra, del consecuente plan de Salud Mental, así como de las directrices nacionales y europeas.

h) Gestionar la asistencia por procesos.

i) Integrar la participación de los grupos de interés en la organización y mejora de la asistencia.

j) Crear servicios asistenciales de Salud Mental multidisciplinar integrados por psiquiatras, psicólogos clínicos, diplomados en enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería y otro personal que se crea conveniente, para garantizar los objetivos de los diferentes planes: Plan de drogodependencia, Plan de psiquiatría penitenciaria, Plan de atención a adolescentes y otros que se puedan crear.

2. La organización de los servicios y centros propios de la Red de Salud Mental en Navarra estableciendo tres Áreas diferenciadas correspondientes a los ámbitos de Hospitalización, Atención Comunitaria y Centros de Salud Mental y Recursos Intermedios de Salud Mental.

3. El Centro Psicogeriátrico se extingue como institución adscrita a la Dirección de Salud Mental apareciendo en su lugar diferentes Unidades integradas en las Áreas. La Dirección del Centro Psicogeriátrico se amortiza y sus recursos técnico-asistenciales se integran en las Áreas correspondientes según su naturaleza como recursos del Área de Hospitalización, de Recursos Intermedios o como unidades de entidad sociosanitaria. Su estructura administrativa se adscribe a la Dirección de Salud Mental, de manera que se centralizan y refuerzan los aspectos organizativos y administrativos desde la nueva instancia superior de Salud Mental. Las unidades y recursos del Centro Psicogeriátrico que se destinen a la amortización servirán para financiar y soportar el establecimiento de nuevas actividades y estructuras.

Artículo 2. *Estructura de la Dirección de Salud Mental.*

1. Se crea la Dirección de Salud Mental, configurándose como órgano central de gestión que asume la máxima responsabilidad técnica de los programas y actuaciones de Salud Mental en el ámbito de la Región Sanitaria de Navarra.

2. La Dirección de Salud Mental tendrá como prioridad la elaboración, actualización y puesta en marcha del Plan de Salud Mental de Navarra, con recursos propios y en colaboración con el Servicio de Planificación del Departamento de Salud.

3. Se crean dentro de la Dirección de Salud Mental los siguientes órganos directivos:

a) Se crean los Servicios Asistenciales de Área de Salud Mental, con sus correspondientes Jefes de Servicio, relativos a las siguientes áreas:

Servicio de Área de Hospitalización.
Servicio de Área de Atención Comunitaria y Centros de Salud Mental.
Servicio de Recursos Intermedios.

b) Se crea el Servicio de Gestión, al que se adscriben las Secciones de Administración y Servicios Generales y unidades de ellas dependientes del Centro Psicogeriátrico.

c) Se crea la Sección de Personal adscrita al Servicio de Gestión, integrando la anterior Unidad de personal de la Sección de Administración del Centro Psicogeriátrico.

d) Se crea el Servicio Técnico Asistencial y de Enfermería, al que se adscriben las Jefaturas de Área de la Subdirección de Salud Mental y del Centro Psicogeriátrico con las Unidades dependientes.

4. Se amortiza:

a) Se amortiza el Subdirector y el Jefe de Programas de la Subdirección de Salud Mental.

b) Se amortiza el Director, el Director Técnico de Programas Asistenciales y de Formación y el Subdirector del Centro de Día del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier.

5. La Sección de Farmacia y Dietética adscrita hasta la fecha a la Clínica de Rehabilitación se adscribe a la Dirección de Salud Mental.

6. Los recursos integrados en la Dirección de Salud Mental serán gestionados por los órganos establecidos en la presente Ley Foral.

Artículo 3. *Constituyen la Red de la Dirección de Salud Mental, en el momento presente, los siguientes recursos:.*

1. La Dirección de Salud Mental.

2. Área de Atención Comunitaria y Centros de Salud Mental: Los recursos adscritos a las Áreas de Tudela y Estella mantendrán la doble dependencia, orgánica respecto del Área correspondiente y funcional respecto de la Dirección de Salud Mental. Integran la Red de Centros de Salud Mental los siguientes recursos:

lA (Casco Viejo).
lB (Burlada).
IIA (Milagrosa).
IIB (Ermitagaña).
IC (Rochapea).
IIC (San Juan).
III (Estella).
IV (Tafalla).
V (Tudela).

3. Área de los Recursos Intermedios: Los recursos adscritos a las Áreas de Tudela y Estella mantendrán la doble dependencia, orgánica respecto del Área correspondiente y funcional respecto de la Dirección de Salud Mental. Integran el Área de Recursos Intermedios los siguientes recursos:

La Clínica de Rehabilitación.

Hospital de Día Infanto-Juvenil «Natividad Zubieta».

Los Hospitales de Día de Salud Mental: Hospital de Día I y Hospital de Día II. El Hospital de Día de Tudela.

Hospital de día de drogodependencias.

4. Área de Hospitalización: Los recursos adscritos al Hospital de Navarra, al Hospital Virgen del Camino y al Área de Tudela mantendrán la doble dependencia, orgánica respecto del Centro o Área correspondiente y funcional respecto de la Dirección de Salud Mental. Integran el Área de Hospitalización los siguientes recursos:

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital de Navarra.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Virgen del Camino.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Reina Sofía de Tudela.

5. El Espacio Sociosanitario. Los actuales recursos y unidades del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier pasarán a depender, según se considere por razón de su contenido asistencial, del Área correspondiente o del Sociosanitario.

CAPÍTULO II

Organización de la dirección de salud mental

Artículo 4. *Órganos superiores de dirección, gestión y participación.*

La Dirección de Salud Mental será gestionada de forma descentralizada, bajo la superior dirección del Consejo de Gobierno y Director Gerente del Servicio Navarro de Salud, por los siguientes órganos:

a) Órganos Directivos:

La Comisión de Dirección.
El Director de Salud Mental.
El Coordinador del Plan Sociosanitario.
Los Jefes de los Servicios Asistenciales de Área.
El Jefe del Servicio de Gestión.
El Jefe del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería.

b) Órganos Consultivos y de Participación: La Junta Técnico-Asistencial.

Artículo 5. *La Comisión de Dirección.*

1. La Comisión de Dirección estará integrada por el Director de Salud Mental, los Jefes de los Servicios Asistenciales de Área, el Jefe del Servicio de Gestión y el Jefe del Servicio Técnico Asistencial y de Enfermería.

2. Uno de los cargos directivos actuará de Secretario y se levantará acta de los acuerdos adoptados.

3. La Comisión de Dirección será presidida por el Director de Salud Mental, como máximo responsable de la alta dirección del mismo, quien dirigirá, coordinará, informará y controlará la gestión del equipo directivo.

4. La Comisión de Dirección tendrá como misión asegurar la gestión integrada de los recursos humanos, físicos y financieros de Salud Mental, así como la consecución de los objetivos asistenciales y financieros, lo que debe propiciar el incremento de los niveles de calidad y de eficiencia.

Artículo 6. *El Director de Salud Mental.*

El Director de Salud Mental, bajo la superior dirección del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se configura como órgano central de gestión que asume la máxima responsabilidad técnica de los programas y actuaciones de Salud Mental en el ámbito de la Región Sanitaria de Navarra.

Artículo 7. *Funciones del Director de Salud Mental.*

El Director de Salud Mental tendrá las siguientes funciones y atribuciones:

a) Elaborar y mantener actualizado el Plan de Salud Mental de Navarra.

b) Asumir la representación de la Red de Salud Mental, así como la superior autoridad y responsabilidad de la misma.

c) Ejercer la alta dirección técnica, programación, coordinación, gestión y evaluación de los centros, dispositivos, unidades, servicios y profesionales de salud mental y de los programas dirigidos a la prevención, promoción, asistencia, rehabilitación y reinserción en su ámbito funcional.

d) Promover la calidad asistencial, confidencialidad, personalización y humanización de la atención y cuidados al paciente, favoreciendo las políticas dirigidas a promover la autonomía e implicación del paciente y familia en el proceso asistencial.

e) Impulsar el desarrollo de los objetivos del Plan de Salud de Navarra y del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, así como los emanados de las directrices nacionales y europeas. Impulsar la gestión clínica. Formular objetivos, programaciones y dirigir actuaciones.

f) Proponer la cartera de servicios de la Red de Salud Mental con los distintos centros, dispositivos, servicios o unidades y la organización consiguiente de los recursos implicados.

g) Establecer y hacer aplicar procedimientos, normas, circuitos y criterios de derivación precisos para garantizar la agilidad y la asistencia integral de los pacientes.

h) Desarrollar, proponer y gestionar los planes anuales e interanuales del conjunto de la Red, dando cuenta ante los órganos competentes y presentando periódicamente el informe o memoria de gestión.

i) Garantizar la coordinación funcional de la Red de Salud Mental con la red de Atención Primaria, con los restantes centros y servicios especializados así como con otros centros, organismos o departamentos.

j) Crear y mantener un sistema de información que permita soportar adecuadamente la información clínica y asegurar los flujos apropiados de información entre todos los servicios de salud, con particular referencia a las normas de cumplimentación de historia clínica y registros de actividad.

k) Promover la elaboración y aprobación de programas de investigación y docencia en materia de salud mental.

l) Gestionar los recursos concertados. Valorar, reconocer y controlar las derivaciones. Valorar y, si procede, reconocer solicitudes de prestaciones asistenciales y económicas en materia de salud mental.

m) Desarrollar un sistema de calidad integral que permita asegurar la mejora continua y la evaluación permanente de la calidad del servicio recibido por el paciente y de sus resultados clínicos. Evaluar a los responsables de los distintos centros y servicios adscritos a su Dirección, informando de los resultados.

n) Promover la colaboración y coordinación con otros sectores públicos y concertados, así como con recursos comunitarios.

o) Participar activamente en los órganos de dirección o participación en los que sea incorporado en razón de su cargo. Asumir todas aquellas funciones que le sean encomendadas por el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Artículo 8. *Los Jefes de los Servicios Asistenciales del Área de Salud Mental.*

Los Jefes de los Servicios Asistenciales de Área son los responsables de la dirección de los servicios y de las actividades sanitarias y técnico-asistenciales de su área correspondiente, bajo la dependencia del Director de Salud Mental.

Artículo 9. *Funciones de los Jefes de Servicios Asistenciales del Área de Salud Mental.*

Las funciones y atribuciones de los Jefes de Servicio Asistenciales de Área serán las siguientes:

a) Elaborar el plan asistencial y de gestión y dirigir las actividades de su ámbito relacionadas con la asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora con el fin de conseguir los mejores niveles de calidad, liderazgo, eficiencia y seguridad.

b) Elaborar y mantener actualizada y vigente la Cartera de Servicios. Definir procesos básicos. Sistematizar las guías de actuación, procedimientos o protocolos habituales. Desarrollar las normas de funcionamiento básicas y definir circuitos de pacientes. Informar de resultados periódicamente.

c) Proponer el modelo organizativo para responder adecuadamente a la actividad y, si procediera, para conseguir los mejores resultados de la actividad asistencial integral e integrada, administrativa, docente o investigadora y proponer la reorganización extraordinaria de los recursos asignados.

d) Impulsar y poner en marcha los mecanismos estructurales u organizativos disponibles para la innovación, mejora continua y evaluación de calidad. Mantener un sistema de documentación clínica, información y control de calidad asistencial, registros de actividad y procedimientos administrativos de apoyo. Elaborar las memorias con la periodicidad que se establezca.

e) Formular o recibir propuestas sobre actividades asistenciales, docentes o investigadoras y administrarlas una vez aprobadas. Elaborar los programas anuales de docencia e investigación.

f) Evaluar en su ámbito funcional los resultados asistenciales y científicos, así como a los responsables de sus unidades y profesionales en general, informando de los resultados.

g) Establecer y pactar con los profesionales los objetivos de cada ejercicio administrando los recursos del presupuesto que se le asigne.

Todo ello dentro de las directrices emanadas de la Red de Salud Mental y del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

h) Evaluar periódicamente a cada uno de los responsables de las unidades orgánicas y funcionales adscritas.

i) Coordinar las actividades propias de su ámbito con las de otras unidades orgánicas, dispositivos, centros, servicios o departamentos. Proponer a la Dirección de Salud Mental la derivación de pacientes a otras áreas o centros si se superan las posibilidades asistenciales de su competencia.

j) Desarrollar actividades asistenciales propias de su titulación.

k) Informar y asesorar de forma permanente al Director de Salud Mental.

l) Participar activamente en los órganos de dirección o participación en los que sea incorporado en razón de su cargo. Asumir todas aquellas funciones que le sean encomendadas por el Director de Salud Mental.

Artículo 10. *Áreas de Salud Mental.*

1. Se establecen como Áreas de Salud Mental las siguientes:

Área de Hospitalización.
Servicio de Área de Atención Comunitaria y Centros de Salud.
Área de Recursos Intermedios.

2. Los Jefes de los Servicios Asistenciales de Área serán responsables de la coordinación del área respectiva y del desarrollo de aquellas otras funciones que les encomiende el Director de Salud Mental.

Artículo 11. *El Jefe del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería.*

El Jefe del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería tiene a su cargo la planificación, dirección y evaluación de los recursos asistenciales no facultativos en los diferentes dispositivos, centros, unidades o programas ofertados por la red, así como la gestión de los recursos que directamente se le asignen.

Corresponden al Jefe del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería las siguientes funciones y atribuciones:

a) Definir y desarrollar los objetivos, en línea con los objetivos de la Red de Salud Mental de Navarra, coordinando y evaluando las actividades y resultados de los profesionales a su cargo.

b) Planificar, organizar y coordinar los recursos asignados en aras de obtener la mayor calidad. Evaluar el funcionamiento de las unidades a su cargo, las actividades del personal integrado en las mismas y los profesionales.

c) Gestionar los recursos humanos que pueda tener asignados directamente y coordinar las necesidades y disponibilidad del personal asistencial no facultativo.

d) Promover la integración de servicios del personal no facultativo con personal facultativo y otros recursos en la gestión de los procesos asistenciales que se establezcan.

e) Gestionar de forma eficaz y eficiente los recursos materiales, de equipamiento clínico y productos sanitarios que tenga asignados así como procurar su adecuada utilización y mantenimiento.

f) Proponer cuantas medidas o iniciativas de innovación o mejora puedan contribuir a mejorar la calidad de los cuidados y de la atención prestada.

g) Fijar y administrar procedimientos de coordinación de la actividad asistencial no facultativa de las diferentes unidades. Facilitar la coordinación general entre centros y profesionales.

h) Coordinar la actuación de los responsables asistenciales y/o facultativos de los diferentes servicios y unidades, asegurando unidad de criterios en los aspectos de gestión de personal, docencia y formación.

i) Asumir aquellas otras funciones que expresamente le sean delegadas por el Director de Salud Mental.

j) Informar y asesorar de forma permanente al Director de Salud Mental.

k) Participar activamente en los órganos de dirección o participación en los que sea incorporado en razón de su cargo. Asumir todas aquellas funciones que le sean encomendadas por el Director de Salud Mental.

Artículo 12. *De los jefes del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería.*

1. Del Jefe del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería dependerán jerárquicamente los Jefes de Área de Enfermería.

2. Los Jefes de Área de Enfermería serán responsables de la coordinación de las Unidades de Enfermería que se les asignen y de aquellas otras funciones que les sean encomendadas por el Jefe del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería.

Artículo 13. *El Jefe del Servicio de Gestión.*

El Jefe del Servicio de Gestión es el responsable de toda la estructura administrativa y de personal de la Dirección de Salud Mental, bajo la dependencia del Director de Salud Mental.

Artículo 14. *Funciones del Jefe del Servicio de Gestión.*

Las funciones y atribuciones del Jefe del Servicio de Gestión serán las siguientes:

a) Dirigir, coordinar, impulsar y evaluar el funcionamiento de las distintas unidades adscritas a su Servicio.

b) Asegurar la conservación funcional de los recursos materiales fijos y móviles de la Dirección de Salud Mental, así como gestionar adecuadamente el patrimonio adscrito.

c) Elaborar y gestionar los presupuestos anuales, tanto de gastos como de ingresos.

d) Gestionar el aprovisionamiento a las unidades de la Dirección de Salud Mental de los recursos materiales precisos, así como su adecuado almacenamiento y distribución a las unidades demandantes.

e) Promover y controlar los planes de mantenimiento preventivo del inmovilizado y equipamiento en uso para la Dirección de Salud Mental, así como asegurar la correcta reparación y reposición del mismo.

f) Celebrar los contratos de suministros menores precisos para el funcionamiento de los servicios, así como de obras de simple reparación y mantenimiento cuya cuantía no exceda de los límites establecidos para los suministros menores.

g) Autorizar los abonos de certificaciones a cuenta, facturas de material inventariable, otros suministros, obras de simple reparación y mantenimiento y contratos de asistencia técnica, cuyo gasto haya sido aprobado por el órgano competente.

h) Dirigir y coordinar la implantación, funcionamiento y utilización de las aplicaciones informáticas y los apoyos administrativos precisos.

i) Dirigir, coordinar, impulsar y evaluar la función de personal en la Dirección de Salud Mental.

j) Autorizar y formalizar la contratación de personal temporal por el procedimiento reglamentariamente establecido.

k) Incoar y resolver expedientes disciplinarios por la comisión de faltas leves.

l) Adscribir al personal a un puesto de trabajo concreto dentro de la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental y formular las propuestas para la declaración del personal en situación de incapacidad laboral permanente total o absoluta o de alta para su trabajo.

m) Conceder las reducciones de jornada reglamentarias, licencias no retribuidas, licencias retribuidas por maternidad, permisos por lactancia y desplazamientos de personal en situación de baja por enfermedad.

n) Autorizar los desplazamientos que deban realizarse por razón del servicio.

o) Responsabilizarse de los procedimientos administrativos y de las relaciones laborales con el personal adscrito a la Dirección de Salud Mental de forma coordinada con la Dirección de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud, ejecutando las instrucciones que, de la misma, reciba.

p) Expedir certificaciones de haberes y servicios prestados.

q) Confeccionar y gestionar las nóminas, los seguros sociales, la asistencia sanitaria y otras prestaciones económicas del personal. Formaliza la documentación necesaria para la percepción de los subsidios de desempleo. Todo ello con estricta sujeción a las instrucciones emanadas de la Dirección de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud.

r) Apertura, mantenimiento y actualización del registro integrado de personal, expedientes personales, plantilla orgánica y relación de personal.

s) Participar activamente en los órganos de dirección o participación en los que sea incorporado en razón de su cargo. Asumir todas aquellas funciones que le sean encomendadas por el Director de Salud Mental y de forma especial la coordinación de la elaboración del Cuadro de Mando.

Artículo 15. *Composición del Servicio de Gestión.*

1. El Servicio de Gestión estará integrado por las siguientes Secciones y Unidades:

Sección de Personal.
Sección de Administración.
Sección de Servicios Generales.

2. Las Secciones desarrollarán las funciones que, en cada momento, les encomiende el Jefe del Servicio.

CAPÍTULO III

Órganos consultivos y de participación

Artículo 16. *La Junta Técnico-Asistencial.*

1. La Junta Técnico-Asistencial es un Órgano colegiado técnico-asesor de la Dirección de Salud Mental.

2. Las decisiones adoptadas por la Junta Técnico-Asistencial no tendrán carácter vinculante para la Dirección de Salud Mental en temas de organización y funcionamiento que supongan modificaciones de plantilla o incremento de gasto.

3. La Junta Técnico-Asistencial estará compuesta por los siguientes miembros:

Vocales natos:

El Director de Salud Mental, que actuará como Presidente.
El Coordinador del Plan Sociosanitario.
Los Jefes de los Servicio Asistenciales de Área.
El Jefe del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería.
El Jefe del Servicio de Gestión, que actuará como Secretario, con voz pero sin voto.

Vocales elegidos:

Dos representantes de los Directores de Equipos y Programas de Salud Mental.
Dos representantes de los Psiquiatras de Salud Mental.
Dos representantes de los Psicólogos de Salud Mental.
Dos representantes del personal de Enfermería de Salud Mental.
Un representante de los Asistentes Sociales-Trabajadores Sociales de Salud Mental.
Dos representantes del personal sanitario no titulado de Salud Mental.
Un representante de las entidades concertadas en materia de servicios de Salud Mental
Un representante del resto de personal de Salud Mental.
Un representante de las asociaciones de’ afectados por enfermedades mentales.
Un representante de los Terapeutas Ocupacionales de Salud Mental.

4. Los miembros natos cesarán en la Junta Técnico-Asistencial al cesar en su cargo en la Dirección de Salud Mental. Los elegidos serán renovados cada dos años.

Artículo 17. *Comisiones de la Junta Técnico-Asistencial.*

Dentro de la Junta Técnico-Asistencial, para el mejor funcionamiento de la misma, se crearán las Comisiones que se consideren convenientes o sean necesarias por disposición legal.

Artículo 18. *Reuniones de la Junta Técnico-Asistencial.*

La Junta Técnico-Asistencial se reunirá de forma ordinaria al menos una vez cada dos meses y, con carácter extraordinario, cuantas veces lo disponga su Presidente o a solicitud de un tercio de sus componentes.

Artículo 19. *Acuerdos de la Junta Técnico-Asistencial.*

Los acuerdos de la Junta Técnico-Asistencial habrán de tomarse por la mayoría simple de sus miembros, necesitándose para poder constituirse la asistencia, como mínimo, de la mayoría de los componentes de la Junta, incluidos Presidente y Secretario o personas que los sustituyan.

Artículo 20. *Funciones de la Junta Técnico-Asistencial.*

La Junta Técnico-Asistencial de Salud Mental asumirá funciones de asesoría e información sobre las siguientes materias:

a) Cartera de Servicios.
b) Criterios técnicos de evaluación del desempeño profesional y de acreditación de calidad de los servicios y unidades.
c) Indicadores y estándares de calidad óptima de las prestaciones acordes con la disponibilidad de recursos humanos y materiales.
d) Criterios de normalización técnica de procedimientos y documentación clínicos.
e) Programas o protocolos de general aplicación en el ámbito de la Región Sanitaria.
f) Plan de docencia anual.
g) Normas generales de funcionamiento de los centros y servicios.
h) Objetivos y memoria anual de la dirección.
i) Procedimientos administrativos de atención a los ciudadanos.
j) Sistemas de evaluación y de incentivos.
k) Distribución anual de inversiones de reposición.
l) Presupuestos individualizados de los centros.
Las funciones de la Junta Técnico-Asistencial son las siguientes:

a) Definir los objetivos asistenciales de Salud Mental.
b) Aprobar la organización y funcionamiento de los centros de la red de Salud Mental.
c) Establecer las líneas generales del programa de garantía de calidad asistencial.
d) Proponer modificaciones a la cartera de servicios de los centros.
e) Asesorar técnicamente en los asuntos que se sometan a su consideración a las Jefaturas de Equipos, Programas y de Enfermería.
f) Aprobar la creación de las Comisiones Clínicas, definir los objetivos de su actuación así como efectuar el seguimiento del funcionamiento y posible suspensión de las funciones de las mismas.
g) Elaborar normas técnicas y protocolos de actuación sanitaria, a través de grupos de trabajo específica mente formados para ello, informando favorable o desfavorablemente sobre el contenido de las propuestas.
h) Participar y elaborar propuestas al Plan funcional.
i) Informar con carácter preceptivo el Plan de Inversiones en equipamiento sanitario.
j) Evaluar y realizar el seguimiento de los indicadores asistenciales.
k) Desarrollar programas para el fomento, dentro del ámbito sanitario, de las actividades docentes, de formación continuada y de investigación.
l) Elaborar propuestas de modificación de las estructuras asistenciales del centro.

En ningún caso el dictamen de las Juntas Técnico-Asistenciales tendrá carácter vinculante. No obstante lo anterior, los acuerdos o decisiones que se separen del dictamen emitido deberán notificarse y comunicarse formalmente a la Junta Técnico-Asistencial.

Artículo 21. *Elección de los representantes de la Junta Técnico-Asistencial.*

La elección de los representantes de los distintos sectores de la Junta Técnico-Asistencial se ajustará a la normativa electoral aprobada por Orden Foral 78/1996, de 21 de marzo, y modificaciones realizadas por Orden Foral 154/1997, de 28 de noviembre, del Consejero de Salud.

CAPÍTULO IV

De la forma de provisión de cargos y jefaturas

Artículo 22. *Provisión de los órganos de dirección de la Dirección de Salud Mental.*

La forma de provisión de los órganos de dirección de la Dirección de Salud Mental será la siguiente:

1. El Director de Salud Mental será nombrado y cesado libremente por el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
2. Los Jefes de los Servicios Asistenciales de Área, el Jefe del Servicio de Gestión y el Jefe del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería serán nombrados y cesados libremente por el Director-Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a propuesta del Director de Salud Mental, de entre el personal perteneciente a la plantilla de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y de sus organismos autónomos que reúnan los requisitos que reglamentariamente se establezcan.
3. Los Directores de los equipos de Salud Mental, Hospitales de Día, Director de la Clínica de Rehabilitación, Director del Hospital de Día Infanto-Juvenil y responsables de Programas de la Red de la Dirección de Salud Mental, y por tanto integrados en su ámbito orgánico, serán nombrados por el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por el procedimiento que regula el Decreto Foral 217/1994, de 2 de diciembre.
4. Los Jefes de Servicio y Jefes de Sección médico-asistenciales orgánicamente pertenecientes a los Hospitales de Navarra y Virgen del Camino serán nombrados y cesados de conformidad con lo establecido en el Decreto Foral 347/1993, de 22 de noviembre, por el que se regula el ingreso y la provisión de puestos de trabajo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
5. Las Jefaturas de Unidad de Enfermería, Jefaturas de Unidad (en la actualidad Encargados de Pabellón) y las Jefaturas de Sección y Unidad no asistenciales se regirán por lo previsto en el Decreto Foral 347/1993, de 22 de noviembre, por el que se regula el ingreso y la provisión de puestos de trabajo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
6. Los Jefes de Área de Enfermería serán nombrados y cesados libremente por el Director-Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, a propuesta del Director de Salud Mental, de entre el personal perteneciente a la plantilla del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que ostente la categoría de ATS-DUE o equivalente.
7. Los cargos directivos de libre designación prestarán sus servicios en régimen de plena dedicación y total y absoluta disponibilidad.

Disposición adicional primera. *Atribuciones de los responsables de las unidades orgánicas básicas.*

Corresponden a los responsables de cada unidad orgánica básica las siguientes atribuciones:

a) Autorizar permisos, licencias, vacaciones y desplazamientos del personal adscrito a su unidad, salvo lo expresamente atribuido al Director de Gestión.
b) Coordinar el ejercicio de los derechos laborales y supervisar el cumplimiento de las obligaciones laborales del personal.

c) Facilitar e impulsar los procesos de comunicación con los empleados, la promoción del clima laboral, así como el rendimiento y la productividad.

d) Dirigir y coordinar las actividades, tareas y funciones del personal adscrito a su unidad, asignándole puesto, turno y jornada de trabajo.

Disposición adicional segunda. *Creación y supresión de unidades orgánicas y programas.*

La creación y supresión de unidades orgánicas y programas necesarios para el mejor desarrollo funcional de la Dirección de Salud Mental corresponde al Consejero de Salud, a propuesta del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud.

Disposición adicional tercera. *Nuevo ámbito de acoplamiento interno.*

(Derogada).

Disposición adicional cuarta. *Lenguaje igualatorio.*

En los casos en que esta Ley Foral utiliza sustantivos de género gramatical masculino para referirse a distintos cargos o puestos de trabajo, como Director o Jefe de Servicio, debe entenderse que se hace por mera economía en la expresión y que se refiere de forma genérica a dichas posiciones, incluyendo tanto el caso en que lo ocupen hombres como en el que lo ocupen mujeres, con estricta igualdad en cuanto a los efectos jurídicos.

Disposición adicional quinta. *Evaluación.*

La aplicación de esta Ley Foral y la calidad de los Servicios dependientes de la misma se evaluarán conforme a lo establecido en la Ley Foral 21/2005, de evaluación de políticas de calidad de los servicios públicos de Navarra.

La evaluación reseñada en el párrafo anterior deberá completarse con la de un Centro de Salud Mental al año, siguiendo un modelo de evaluación a determinar por la Dirección de Salud Mental. El número de centros a evaluar por año se incrementará conforme se consolide el modelo elegido.

Asimismo, en la memoria anual de la Dirección de Salud Mental deberá incluirse un apartado donde se relacionen y se describan el conjunto de buenas prácticas tanto de atención clínica como de relación con los ciudadanos.

Disposición transitoria.

En tanto no se proceda a la actualización, desarrollo y dotación de una estructura con recursos propios derivada del Plan de Acción Sociosanitaria de Navarra y sin menoscabo de las funciones, atribuciones y dependencia funcional actualmente encomendadas, se adscribe a la Dirección de Salud Mental al Coordinador del Plan de Acción Sociosanitaria.

Durante el tiempo que pueda durar esta situación, y dentro del nuevo contexto se dispone:

Establecer como prioridad la actualización y desarrollo del Plan de Acción Socio-Sanitaria.

La encomienda de los recursos de carácter socio-sanitario del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier.

La participación en calidad de miembro en la Comisión de Dirección de la Dirección de Salud Mental.

Disposición final primera. *Derogación de normas.*

Quedan derogados:

1. La letra b) del apartado 1 del artículo 39 y los artículos 43 y 44 del Decreto Foral 45/2006, de 3 de julio, por el que se establecen los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

2. El Decreto Foral 103/1985, de 15 de mayo, relativo a los órganos de gobierno del Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier.

3. El Decreto Foral 246/1998, de 17 de agosto, por el que se regula la transformación del Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier en Centro Psicogeriátrico.

Y cuantas otras disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo establecido en la presente Ley Foral.

Disposición final segunda. *Modificación del Decreto Foral 247/1998, de 17 de agosto.*

Se modifican en los siguientes términos el Decreto Foral 247/1998, de 17 de agosto, por el que reestructura los servicios de día y de rehabilitación psiquiátrica adscrita a la subdirección de Salud Mental:

1. Artículo 2.3. La Sección de Psiquiatría pasará a ser Dirección del Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental. Su retribución se ajustará como el resto de Directores al nivel que se considere más oportuno.

2. En relación con las determinaciones sobre los nombramientos que se recogen en el artículo 2.3 del Director del Hospital de Día Infanto-Juvenil, en el artículo 3.4 del Director de la Clínica de Rehabilitación y en el artículo 4.3 del Director del Hospital de Día, podrán desempeñarse por personal adscrito a la Red de Salud Mental encuadrados en los niveles A y B.

Disposición final tercera. *Desarrollo de la Ley Foral.*

Se faculta al Consejero de Salud para dictar las disposiciones precisas en aplicación y desarrollo de esta Ley Foral.

Disposición final cuarta. *Modificaciones presupuestarias.*

Por el Departamento de Economía y Hacienda se realizarán las modificaciones presupuestarias que exija el cumplimiento de esta Ley Foral.

Disposición final quinta. *Sustituciones de los cargos directivos.*

El Director de Salud Mental dispondrá mediante Resolución el régimen de sustituciones de los cargos directivos, de tal manera que se asegure la continuidad en el ejercicio de las funciones y atribuciones que tienen conferidas.

Disposición final sexta. *Entrada en vigor.*

Esta Ley Foral entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Navarra.

§ 10

Ley Foral 1/2013, de 30 de enero, por la que se crea y se regula el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 28, de 11 de febrero de 2013
«BOE» núm. 52, de 1 de marzo de 2013
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2013-2253

LA PRESIDENTA DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral por la que se crea y se regula el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Ley Foral 20/2010, de 13 de diciembre, creó la entidad pública denominada Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral de Navarra (BSTN) y estableció la organización de la Red Transfusional y de Células y Tejidos Humanos en Navarra (RTCTHN).

A pesar de la denominación de la norma, no se produce una creación de una entidad pública como tal, ya que el artículo 2, al configurar su naturaleza y su régimen jurídico, señala que tendrá la misma que el resto de centros públicos que dependen de la Dirección de Asistencia Especializada. Los denominados «centros públicos» son en realidad unidades orgánicas sin personalidad jurídica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Por tanto, procede una redenominación de la Ley Foral en el sentido de que la misma articule la regulación del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

Esta norma atribuye al Banco de Sangre y Tejidos de Navarra las funciones de atender las necesidades sanitarias de productos derivados de la sangre humana y de células, tejidos y órganos humanos, garantizando su obtención, almacenamiento, gestión y suministro, así como la coordinación autonómica de donación y trasplantes y la coordinación con la Organización Nacional de Trasplantes.

El Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, establece los requisitos técnicos y condiciones mínimas de hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. Por su parte, el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, establece las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos, y aprueba las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. Ambas normas comparten un mismo modelo organizativo, siendo su principal diferencia la materia que regulan, por un lado sangre y componentes sanguíneos y, por otro lado, células y tejidos.

La coordinación territorial en materia de donación y trasplantes de órganos y la obtención y utilización clínica de órganos humanos se regula en el Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, siendo un proceso que se realiza, exclusivamente, en el ámbito hospitalario. A

estos efectos, existe en Navarra un Coordinador de Trasplantes de Navarra, un Coordinador en el Complejo Hospitalario de Navarra A y otro en el Complejo Hospitalario de Navarra B.

De lo expuesto se desprende que la Ley Foral 20/2010, antes citada, ha venido a residenciar en el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra dos actividades muy dispares, por un lado, lo referente a sangre, células y tejidos y, por otro lado, lo relativo a donación y trasplante de órganos.

A los efectos de analizar la aplicación de esa norma se creó una Comisión Asesora Técnica para la aplicación de la Ley Foral 20/2010, de 13 de diciembre, por la que se crea la entidad pública denominada Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral de Navarra (BSTN) y se establece la organización de la Red Transfusional y de Células y Tejidos Humanos de Navarra (RTCTHN). Esta Comisión, formada por especialistas en la materia, ha formulado una propuesta para que se tramite una Ley Foral por la cual se eliminen de la Ley Foral 20/2010 todos los aspectos relacionados con la obtención y utilización clínica de órganos humanos, la coordinación autonómica y territorial de donación y trasplantes de órganos, así como cuantos aspectos se entiendan necesarios.

La Comisión Asesora Técnica ha tenido en cuenta la normativa en materia de donación y extracción de órganos, en la que no existe ninguna mención a la dependencia de la coordinación autonómica de trasplantes. La modificación que ha propuesto, que se ha valorado de forma favorable, se ha basado en la falta de coherencia y de eficacia de la unificación de las actividades mencionadas dentro del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

La eliminación de los aspectos relativos a los órganos humanos implica asimismo que la Comisión Técnica de Tejidos y Órganos pase a denominarse Comisión Técnica de Tejidos.

Por otra parte, la Ley Foral 20/2010, establece, parcialmente, la estructura orgánica y organizativa del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra, regulando la figura de un Director y un Subdirector de Gestión y Recursos Humanos, de manera dispar a la regulación existente de la organización del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea recogida, principalmente, en el Decreto Foral 45/2006, de 3 de julio, por el que se aprueban sus Estatutos.

La estructura interna de la Administración debe ser dinámica y tiene que tener una coordinación y coherencia. Por ello se suprime, sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición transitoria, la regulación de la estructura orgánica del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra para que sea desarrollada junto con el resto de la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en un instrumento jurídico más apropiado y ágil a la hora de adaptarse a las necesidades reales de cada momento.

Finalmente, razones de claridad y seguridad jurídica hacen necesario integrar en un nuevo y único texto legal la creación y regulación del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

Artículo 1. *Creación del Banco de Sangre. Objeto de la Ley.*

Se crea el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra como unidad orgánica adscrita a la Dirección Médico Asistencial del Complejo Hospitalario de Navarra dentro del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que tendrá siempre la cualidad de público.

El objeto de la presente Ley Foral es la regulación del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra según las características mencionadas en el párrafo anterior.

Artículo 2. *Finalidad.*

1. El Banco de Sangre y Tejidos de Navarra tendrá por finalidad atender las necesidades sanitarias de productos derivados de la sangre humana, células y tejidos humanos, tanto en el marco de la red sanitaria pública como de la sanidad privada y concertada, garantizando su obtención, almacenamiento, gestión y suministro en función de las disponibilidades existentes.

2. El Banco de Sangre y Tejidos de Navarra coordinará la Red de Transfusión y de Células y Tejidos de Navarra.

Artículo 3. *Gratuidad y carácter altruista.*

En aplicación de los principios básicos que rigen las directrices europeas en cuanto a donación de sangre, células y tejidos, se considera que la donación es un acto libre,

voluntario, gratuito, anónimo, generoso, altruista y responsable. Por tanto, no podrá percibirse contraprestación económica ni por el donante ni tampoco se exigirá al receptor contraprestación alguna por la sangre, células y tejidos utilizados. Las actividades de los centros de sangre, células y tejidos no tendrán carácter lucrativo y podrán repercutirse exclusivamente los costes efectivos de los servicios prestados por el desarrollo de las actividades autorizadas.

Artículo 4. *Objetivos.*

El Banco de Sangre y Tejidos de Navarra tiene como objetivos generales:

a) Velar por el cumplimiento del Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión, y ejecutar las directrices estratégicas del Gobierno de Navarra en lo relativo a hemoterapia y a la obtención de células y tejidos humanos para uso sanitario, así como de la política que en la materia defina el Departamento de Salud.

b) Promover e impulsar la donación gratuita y altruista en Navarra, así como contribuir a la ejecución de las infraestructuras y a la prestación de los servicios que se consideren necesarios.

c) Actuar ante la Administración de la Comunidad Foral de Navarra para la cobertura global de las necesidades y la distribución de sangre, células y tejidos a todos los centros sanitarios que lo precisen.

d) Conseguir la autosuficiencia de sangre y hemoderivados en Navarra.

e) Coordinar la actuación de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra con la de otras administraciones públicas y entidades públicas o privadas, en lo relativo a la donación, en el ámbito de sus funciones.

f) Promover la disminución de la exposición a sangre homóloga y hemoderivados, actualizando y divulgando recomendaciones de uso e indicaciones y potenciando otras alternativas a la transfusión, incluyendo todas las modalidades de autotransfusión.

g) Garantizar la trazabilidad del donante a receptor y viceversa, para la sangre, componentes sanguíneos, células y tejidos distribuidos en Navarra.

h) Coordinar la red de Hemovigilancia dentro de la Comunidad Foral y actuar de coordinador de la misma a nivel estatal, de acuerdo con la Orden SCO/322/2007, de 9 de febrero, y el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, sin perjuicio de los convenios que en este sentido formalice el Gobierno de Navarra con instituciones o entidades, tanto públicas como privadas, relacionadas con las actividades del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra y, en especial, en el ámbito de la donación.

i) Impulsar labores de investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) relacionadas con las funciones encomendadas.

j) Promover programas de formación del personal del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra, de carácter continuo, que incluirán programas de buenas prácticas.

k) Impulsar actuaciones de seguimiento de los servicios que realiza el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra mediante la aplicación de sistemas de certificación de calidad registrados a nivel europeo e internacional.

Artículo 5. *Funciones.*

El Banco de Sangre y Tejidos de Navarra, para el desarrollo y cumplimiento de sus fines, tiene asignadas las funciones específicas que se detallan en los apartados siguientes:

1. Como Centro Comunitario de Transfusión desempeñará las funciones siguientes:

a) Coordinar las actuaciones de los Centros y Servicios en la Red de transfusión y de células y tejidos humanos de Navarra.

b) Planificar y promover la donación de sangre y componentes sanguíneos en el ámbito de la Comunidad de Navarra.

c) Efectuar la extracción de sangre total y componentes sanguíneos en el ámbito territorial de la Comunidad Foral de Navarra para su posterior uso como hemoderivados terapéuticos.

d) Desarrollar programas de plasmaféresis y citaféresis no terapéuticos basados en la donación altruista con el objetivo de alcanzar el autoabastecimiento.

e) Procesar y obtener los componentes de la sangre que en cada paso se precisen tanto si proceden de sangre total como si proceden de donante único.

f) Responsabilizarse del intercambio de plasma que, en el ámbito de la Comunidad de Navarra, se realice con la industria fraccionadora.

g) Disponer de un inventario actualizado referente a donantes, recursos materiales y humanos y actividad de los diferentes centros y servicios de transfusión, tanto públicos como privados, así como de las necesidades y consumos de sangre y componentes sanguíneos del ámbito territorial asignado, con el fin de conocer la disponibilidad de componentes sanguíneos.

h) Planificar la cobertura de las necesidades y gestionar la distribución de sangre y componentes sanguíneos de todos los centros y servicios de transfusión públicos y privados de la Comunidad de Navarra, así como atender las necesidades de sangre y componentes sanguíneos de otras comunidades que lo soliciten.

i) Recibir para la verificación de su idoneidad y posterior distribución los componentes sanguíneos procedentes de Centros de Transfusión ajenos a la Comunidad de Navarra.

j) Responsabilizarse del suministro de sangre y componentes sanguíneos en los casos de pacientes sensibilizados, con necesidades derivadas de circunstancias de emergencia.

k) Establecer, supervisar y mantener actualizado un sistema de calidad basado en criterios de buena práctica común a todos los centros y servicios implicados de la Comunidad Foral.

l) Coordinar la red de hemovigilancia de la Comunidad.

m) Comunicar al donante cualquier resultado anómalo relacionado con su estado de salud.

n) Fomentar programas de autotransfusión, ahorro de sangre y esquemas mínimos de transfusión en todos los centros hospitalarios de la Comunidad.

ñ) Emitir informes relativos a sus competencias técnicas a petición de las autoridades competentes, incluyendo la apertura y/o modificación de actividades de los centros de transfusión y servicios de transfusión de la Comunidad Foral.

o) Ser el centro de referencia para aquellos casos de poca incidencia en la población cuyo diagnóstico o tratamiento implique la disponibilidad de sangre, componentes sanguíneos o reactivos de uso poco frecuente.

p) Implantar programas de formación del personal vinculado a la hemoterapia.

q) Desarrollar labores de investigación en relación con todas las funciones encomendadas.

r) Cualesquiera otras análogas o relacionadas con las anteriores, en especial las funciones previstas en las Directivas europeas recogidas en el Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión; en el Real Decreto 1343/2007, de 11 de octubre, por el que se establecen normas y especificaciones relativas al sistema de calidad de los centros y servicios de transfusión y en la Orden SCO/322/2007.

2. Como Banco de Células y Tejidos Humanos desempeñará las siguientes funciones:

a) Velar por el cumplimiento del Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, y ajustar sus actividades a las normas y directrices de las autoridades.

b) Coordinar los equipos encargados de la obtención de células y tejidos.

c) Procesar, preservar, almacenar, conservar, controlar, distribuir y transportar células y tejidos humanos.

d) Colaborar con los centros sanitarios acreditados en la realización de las diferentes variedades de terapias sustitutivas o trasplantes hematopoyéticos en adultos y niños.

e) Colaborar con los centros sanitarios acreditados en la realización de las diferentes variedades de terapias celulares o regenerativas que los avances técnicos y evidencia científica justifiquen, para que sean aplicados y realizados en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra.

f) Establecer normas técnicas de selección de donantes y procesamiento de células y tejidos, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento, garantizando la trazabilidad del proceso.

g) Disponer de sistemas de calidad para cada tejido desde su obtención hasta su entrega para el implante.

h) Mantener la documentación acreditativa de las actuaciones con otros centros.

i) Mantener una seroteca o plasmoteca de los donantes.

j) Disponer de un registro único de los donantes de células y tejidos y de los receptores de los mismos.

k) Responsabilizarse del intercambio de tejidos con otros bancos y, en su caso, solicitar autorización para la entrada o salida de tejidos de España.

l) Participar en programas de formación de personal con referencia a las actividades del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

m) Emitir informes a petición de las autoridades sanitarias competentes.

n) Desarrollar labores de investigación en relación con las funciones encomendadas.

ñ) Establecer y coordinar las relaciones con otros Centros a nivel nacional o internacional y regular el intercambio de productos en cumplimiento del Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios.

o) Cualesquiera otras análogas o relacionadas con las anteriores, en especial las contenidas en el Real Decreto 1301/2006, que establece las normas de calidad y seguridad para los tejidos y en la normativa que pudiera aprobarse en el futuro.

3. Para el cumplimiento de las funciones del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra relacionadas con la promoción de la hemodonación/donación, la entidad podrá formalizar convenios marco de colaboración para la planificación y promoción de la donación altruista de sangre, médula ósea, células y tejidos con instituciones o entidades tanto públicas como privadas relacionadas con las actividades del Banco.

4. El Banco de Sangre y Tejidos de Navarra proporcionará asesoría científico-técnica, en el ámbito de sus competencias, a las Asociaciones de Donantes de Sangre de Navarra para el cumplimiento de sus fines, así como a cualquier entidad o asociación autorizada par realizar actividades en relación con el cumplimiento de los objetivos de esta Ley Foral.

5. Se potenciará y fomentará la unificación de la promoción de las donaciones altruistas, actuando sobre las asociaciones que trabajan en este campo al objeto de unir recursos y esfuerzos.

Artículo 6. *Red de Transfusión y de Células y Tejidos Humanos de Navarra.*

La Red de Transfusión y de Células y Tejidos Humanos de Navarra estará compuesta por:

1. El Banco de Sangre y de Tejidos de Navarra.
2. Los servicios de transfusión de los centros hospitalarios públicos o privados.
3. Las unidades hospitalarias de obtención y/o implantación de tejidos humanos.

Artículo 7. *Depósitos de sangre y servicios de transfusión hospitalarios.*

1. Los depósitos de sangre y servicios de transfusión ubicados en los hospitales públicos y privados de la Comunidad, integrados en las Unidades o Servicios de Hematología y Hemoterapia, estarán dirigidos por un responsable médico especialista en Hematología y Hemoterapia que podrá compatibilizar sus funciones con otras tareas en dichos servicios o unidades.

2. Los depósitos de sangre y servicios de transfusión hospitalarios realizarán, en el marco de la Red transfusional y de células y tejidos humanos, las siguientes funciones específicas:

a) Colaborar con el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra en la promoción de la donación altruista y voluntaria de sangre en el ámbito intrahospitalario.

b) Preparar los productos hemoterápicos para los que sean autorizados.

c) Ocuparse de la atención transfusional del Centro hospitalario en que se ubiquen, asegurando el control de calidad del proceso de transfusión mediante los estudios y

exámenes oportunos y cumpliendo lo establecido en el Real Decreto 1343/2007, de 11 de octubre, por el que se establecen normas y especificaciones relativas al sistema de calidad de los centros y servicios de transfusión.

d) Participar en la red de hemovigilancia comunitaria de la calidad transfusional, de acuerdo con lo estipulado en la Orden SCO/322/2007.

e) Colaborar con el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra en los programas de docencia e investigación.

Artículo 8. *Unidades de obtención y/o implantación de células y tejidos humanos.*

1. Las unidades de obtención y/o implantación de células y tejidos humanos ubicadas en los hospitales públicos y privados de la Comunidad Foral estarán dirigidas por un responsable con la titulación requerida para el desempeño de sus funciones.

2. Los centros de obtención y/o implantación de células y tejidos humanos realizarán en el marco de la Red de Transfusión y de Células y Tejidos Humanos de Navarra las siguientes funciones específicas:

a) Colaborar con el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra y con el Coordinador de Trasplantes de Navarra en la promoción de la donación altruista de células y tejidos humanos en el ámbito intrahospitalario y extrahospitalario.

b) Adoptar las medidas necesarias a fin de garantizar que todos los ciudadanos que en ellos ingresen y sus familiares tengan pleno conocimiento de la regulación sobre donación y extracción de tejidos con fines terapéuticos.

c) Participar en el programa de calidad de obtención, preservación, transporte e implantación de tejidos humanos, asegurando el control de calidad de todo el proceso, mediante los estudios y exámenes oportunos, y cumpliendo lo establecido en el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para usos humanos.

d) Colaborar con el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra en los programas de docencia e investigación que se establezcan.

e) Mantener un registro actualizado de las extracciones e implantes de células y tejidos, así como de todos los aspectos administrativos relacionados con la actividad del centro.

f) Proporcionar toda la información exigida en la forma y modo en que sea solicitada en relación con la actividad para la que hayan sido autorizados.

Artículo 9. *Comisión de Hemoterapia.*

1. Como órgano de asesoramiento técnico a las autoridades sanitarias, al Banco de Sangre y Tejidos de Navarra y a los diferentes centros y servicios asistenciales de Navarra en materia de hemoterapia, y en relación con el funcionamiento del Sistema de Hemovigilancia de Navarra, se crea la Comisión de Hemoterapia compuesta por los siguientes miembros:

a) Presidente: El Director General de Salud, o persona en quien delegue.

b) Secretario: El Coordinador de Hemovigilancia de Navarra.

c) Vocales:

c.1) El Director Médico del Complejo Hospitalario de Navarra.

c.2) El Director del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

c.3) El Coordinador de Trasplantes de Navarra.

c.4) El responsable del servicio de transfusión de cada uno de los centros hospitalarios, públicos y privados, ubicados en Navarra.

Se podrá contar con la colaboración de expertos en las materias tratadas a solicitud de los miembros de la Comisión.

2. Serán funciones y cometidos de la Comisión de Hemoterapia las siguientes:

a) Conocer la evolución de la donación de sangre y hemoderivados a efectos de evaluar el grado de cobertura y acomodación a las necesidades técnicas de los servicios del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

b) Aprobar el informe anual del Coordinador de Hemovigilancia de Navarra.

c) Proponer las reacciones adversas a declarar así como la forma, tipo y nomenclatura, y su posterior evaluación, en coherencia con lo acordado por la Comisión Nacional de Hemoterapia.

d) Proponer actuaciones para la mejora de la cobertura de las necesidades y la distribución de sangre y hemoderivados a todos los centros sanitarios que lo precisen.

e) Definir los indicadores de calidad de las transfusiones a nivel de la Comunidad Foral y a nivel de cada uno de los hospitales, a través, en su caso, de los Comités hospitalarios de transfusión.

f) Facilitar información a las autoridades sanitarias y a la Dirección Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y a sus centros en la forma y con la frecuencia que establezcan y siempre en cualquier situación de alarma o emergencia que pueda tener repercusión en la salud pública.

3. El funcionamiento de la Comisión de Hemoterapia se ajustará al reglamento de régimen interno que, en su caso, sea aprobado por la misma. Con carácter general, se reunirá en sesión ordinaria una vez al semestre, y con carácter extraordinario cuando sea convocada por su presidente o cuando lo soliciten un tercio de sus miembros.

Artículo 10. *Comisión Técnica de Tejidos.*

1. Como órgano de asesoramiento del Banco de Sangre y de Tejidos de Navarra en materia de células y tejidos actuará una Comisión Técnica de Tejidos que estará compuesta por:

a) Presidente: El Director General de Salud, o persona en quien delegue.

b) Secretario: El Coordinador de Trasplantes de Navarra o persona en quien delegue.

c) Vocales:

c.1) El Director Médico del Complejo Hospitalario de Navarra o persona en quien delegue.

c.2) El Director del Banco de Sangre y de Tejidos de Navarra.

c.3) El responsable de cada unidad de obtención y/o implante de tejidos de los hospitales públicos y privados a propuesta del Director del centro.

Se podrá contar con la colaboración de expertos en las materias tratadas a solicitud de los miembros de la Comisión.

2. La Comisión Técnica de Tejidos tendrá las funciones de:

a) Conocer cada seis meses la evolución de la detección, donación, obtención e implantes de células y tejidos a efectos de evaluar el grado de cobertura y acomodación a las necesidades técnicas de los diferentes servicios acreditados.

b) Aprobar el informe anual de Biovigilancia de Navarra.

c) Proponer las reacciones adversas a declarar así como la forma, tipo, nomenclatura y su posterior evaluación e implantación de las acciones correctivas correspondientes.

d) Proponer actuaciones para la mejora de la cobertura de las necesidades y de la distribución de células y tejidos a todos los centros sanitarios que lo precisen.

e) Definir los indicadores de calidad de los implantes de tejidos a nivel de la Comunidad Foral y a nivel de cada uno de los hospitales, a través, en su caso, de los Comités hospitalarios creados para su control.

f) Dar información a las autoridades sanitarias y a la Dirección Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y a sus centros en la forma y en la frecuencia que establezcan y siempre en cualquier situación de alarma o emergencia que pueda tener repercusión en la salud pública.

3. El funcionamiento de la Comisión Técnica de Tejidos se ajustará al reglamento de régimen interno que, en su caso, sea aprobado por la misma.

Artículo 11. *Comités hospitalarios de transfusión.*

1. Los comités hospitalarios de transfusión son los órganos encargados en cada hospital, tanto público como privado, de la mejor gestión de la sangre y hemoderivados suministrados por el Banco de Sangre y de Tejidos de Navarra.

2. Estarán formados por:

a) Presidente: El Director Médico del Centro Hospitalario.

b) Secretario: El responsable del servicio de transfusión del centro hospitalario.

c) Vocales:

c.1) El Coordinador de Hemovigilancia de Navarra, o persona en quien delegue.

c.2) Facultativos representantes de las Áreas Clínicas, Servicios, Secciones o Unidades, si los hubiere, de Anestesia, Cirugía Cardiaca, Cirugía General, Cirugía Vascular, Cirugía Torácica, Medicina intensiva, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Obstetricia, Oncología, Pediatría, Cirugía Ortopédica/Traumatología y Urgencias.

c.3) Un representante de la Dirección de Enfermería, un técnico especialista de laboratorio y un enfermero de la Unidad de Hemoterapia.

Se podrá contar con la colaboración de expertos en las materias tratadas a solicitud de los miembros del Comité.

3. El Comité hospitalario de transfusión desarrollará las siguientes funciones:

a) Determinar los estándares y procedimientos de la práctica transfusional adaptados a las actividades clínicas que se realicen en cada centro hospitalario.

b) Evaluar la actividad del centro analizando la estadística transfusional y proponiendo medidas correctoras si hubiese desviaciones sobre lo previsto.

c) Fomentar en el ámbito hospitalario el uso más adecuado de la sangre y hemoderivados.

d) Fomentar actividades docentes relacionadas con la transfusión entre el personal sanitario implicado en la misma.

e) Evaluar la dotación técnica, material y personal relacionada con el área transfusional.

f) Informar los protocolos de la transfusión en relación con la extracción de muestras, la identificación, el tipo de componentes y volumen, las peticiones y el plan de uso.

g) Evaluar todas las transfusiones de sangre total.

h) Evaluar todas las reacciones transfusionales confirmadas.

i) Fomentar la práctica de la autotransfusión dentro de sus indicaciones terapéuticas.

j) Fomentar la donación en el ámbito hospitalario.

k) Mantener la cooperación con otros hospitales y con el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

l) Velar por el cumplimiento de la legislación vigente en materia de hemodonación y transfusión de sangre y hemoderivados en el Centro.

Disposición adicional primera. *Constitución de la Comisión de Hemoterapia y de la Comisión Técnica de Tejidos.*

La Comisión de Hemoterapia y la Comisión Técnica de Tejidos se constituirán en el plazo de tres meses a partir de la entrada en vigor de esta Ley Foral.

Disposición adicional segunda. *Adaptación de la Sanidad Pública para el trasplante de órganos.*

En el plazo de cuatro años desde la aprobación de esta Ley Foral, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, a través del Departamento de Salud, deberá haberse dotado de todos los medios necesarios, así como de las pertinentes certificaciones al objeto de que desde el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, puedan acometerse con todas las garantías de seguridad las intervenciones de trasplante de órganos que resulte necesario abordar.

Disposición transitoria única. *Mantenimiento de la estructura del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.*

La derogación de lo dispuesto en los artículos 11 y 12 de la Ley Foral 20/2010, de 13 de diciembre, se deja en suspenso hasta que se desarrolle la estructura orgánica del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra que, en todo caso, no podrá demorarse más de un año desde la aprobación de esta Ley Foral.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en esta Ley Foral, y en particular la Ley Foral 20/2010, de 13 de diciembre, con las salvedades a las que hace referencia la disposición transitoria única de esta Ley Foral, y el Decreto Foral 199/1988, de 1 de julio, por el que se crea la Comisión Técnica de Hemoterapia de Navarra.

Disposición final primera. *Habilitación normativa.*

Se habilita al Gobierno de Navarra para dictar cuantas disposiciones reglamentarias exija la aplicación y desarrollo de esta Ley Foral.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente Ley Foral entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Navarra.

§ 11

Ley 12/2014, de 18 de diciembre, de medidas para la efectiva integración del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución en el Servicio Aragonés de Salud

Comunidad Autónoma de Aragón
«BOA» núm. 255, de 30 de diciembre de 2014
«BOE» núm. 29, de 3 de febrero de 2015
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2015-948

En nombre del Rey y como Presidenta de la Comunidad Autónoma de Aragón, promulgo la presente Ley, aprobada por las Cortes de Aragón, y ordeno se publique en el «Boletín Oficial de Aragón» y en el «Boletín Oficial del Estado», todo ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Estatuto de Autonomía de Aragón.

PREÁMBULO

Con arreglo al artículo 71. 55.ª del Estatuto de Autonomía de Aragón, corresponde a la Comunidad Autónoma de Aragón la competencia exclusiva en materia de sanidad y salud pública, en especial, la organización, el funcionamiento, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Asimismo, de conformidad con el artículo 62.3 del Estatuto de Autonomía de Aragón, la Administración pública aragonesa ajustará su actividad a los principios de eficacia, eficiencia, racionalización, transparencia y servicio efectivo a los ciudadanos.

La Ley 5/2012, de 7 de junio, de Estabilidad Presupuestaria de Aragón, señala como uno de sus objetivos el de la eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos, a través de la ejecución de políticas de racionalización del gasto tendentes a simplificar y evitar duplicidades en las estructuras administrativas y a mejorar e incentivar la calidad y la productividad en el Sector Público.

El Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución (Consorcio) es una entidad jurídica pública, de carácter asociativo y voluntario, con personalidad jurídica propia e independiente de la de sus miembros y plena capacidad de obrar, que se constituyó, por modificación y ampliación del anterior Consorcio Hospitalario de Jaca, mediante un convenio de colaboración que suscribieron, el 4 de octubre de 2006, el Gobierno de Aragón, los ayuntamientos de Ejea de los Caballeros, Jaca, Fraga y Tarazona y MAZ Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social número 11. Se configura como una entidad del Sistema de Salud de Aragón, conforme a lo previsto en el artículo 25 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que tiene por objeto dirigir y coordinar la gestión de los centros, servicios y establecimientos de protección de la salud, y de la atención sanitaria, comprometidos en su área territorial de actuación.

El Consorcio y el Hospital de Jaca en particular han sido objeto de numerosos debates, comparecencias, preguntas parlamentarias, proposiciones no de ley e interpelaciones en las Cortes de Aragón, tanto en sesiones plenarias como en la Comisión de Sanidad, teniendo todos ellos como denominador común la posible integración del Consorcio en el Servicio Aragonés de Salud (Salud). Pero hasta la presente legislatura no se ha realizado un estudio completo de la situación de los cuatro centros integrantes del Consorcio, considerando los aspectos asistenciales, técnicos, jurídicos, económicos y de recursos humanos, con objeto de que, a la luz de los datos, se tome la decisión oportuna respecto a la integración de este Consorcio dentro de la red del Salud o mantenga su marco normativo actual.

Si bien la creación del Consorcio en sus orígenes pudo suponer una experiencia novedosa, tratando de superar algunas limitaciones en los sistemas tradicionales de gestión, la consecuencia actual es que en una parte del territorio se mantienen dos entidades proveedoras de servicios sanitarios públicos, el Servicio Aragonés de Salud y el Consorcio, lo que no significa necesariamente una mejor atención, sino una duplicidad de recursos que, en caso de mal uso, no solo elevan el coste de la asistencia, sino que pueden producir efectos adversos para la salud de la población atendida por la repetición de consultas y pruebas diagnósticas. La unificación de los recursos existentes en ambas entidades permitiría una gestión diferente y más eficiente, manteniendo la actividad y redistribuyendo los recursos sin las limitaciones que la existencia de una gestión dividida ha ocasionado en estos años.

Entre los beneficios esperados de una integración del Consorcio en el Servicio Aragonés de Salud, cabe destacar, sin ánimo de exhaustividad, la mejora de la calidad asistencial mediante la unificación de protocolos para reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica; el acceso a una historia clínica única y la consulta directa de resultados de pruebas complementarias; la existencia de un punto de información común para citaciones y gestiones; la mayor facilidad para la formación continuada del personal y su especialización funcional, y una mejora en la eficiencia por la unificación de servicios (asistenciales, logística, nóminas, servicios jurídicos, compras, recursos humanos, gerencia, etc.) y la economía de escala en las compras.

El Consejo Rector del Consorcio, en su reunión de 3 de octubre de 2013, acordó por unanimidad la disolución del Consorcio, sin perjuicio de que, como dispone el artículo 28 de sus Estatutos, su proceso de disolución y liquidación no podrá suponer la paralización, la suspensión o la no prestación de los servicios asistenciales, sanitarios y otros que este lleve a cabo. Corresponde al departamento responsable de Salud adoptar las medidas necesarias para garantizar la continuidad de estos servicios, sin perjuicio de mantener el carácter autónomo del Consorcio hasta el momento de su total liquidación.

La disolución y liquidación del Consorcio está también en consonancia con las medidas de racionalización propuestas por la Comisión para la Reforma de las Administraciones Públicas, para dotar a la Administración del tamaño, eficiencia y flexibilidad que demandan los ciudadanos y la economía del país.

Si bien ya la Ley 2/2014, de 23 de enero, de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad Autónoma de Aragón, estableció en su disposición adicional séptima que la extinción del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución supondrá la subrogación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón en el conjunto de relaciones jurídicas, administrativas, civiles y mercantiles del mismo, resulta necesario para la efectiva extinción del Consorcio completar lo dispuesto en dicha ley, estableciendo, por una parte, la fecha efectiva para el cese de actividad del Consorcio, con la consiguiente integración de esa actividad en la del resto de centros sanitarios de la Comunidad Autónoma y la subrogación de derechos y obligaciones, y, por otra parte, la condición en que queda el personal del Consorcio tras la subrogación en sus contratos de trabajo por la Administración.

Así, en primer lugar, la presente ley establece como fecha para el cese de la actividad del Consorcio y la integración de su actividad en la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma el 1 de enero de 2015, con objeto de facilitar tanto la gestión económica y presupuestaria de la propia administración como de los proveedores y terceros en general, al hacer coincidir el cambio de titular con la fecha de finalización del ejercicio presupuestario y con la del ejercicio fiscal de la mayor parte de las empresas.

En cuanto al personal del Consorcio, la ley trata de conjugar el derecho de los trabajadores del Consorcio al mantenimiento de sus condiciones laborales en el cambio de empresa, con el necesario respeto a los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad en el acceso a la condición de empleado público, que quedan recogidos en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, y en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Artículo único. *Integración del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución en el Servicio Aragonés de Salud.*

1. Con efectos de 31 de diciembre de 2014, el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución cesará en su actividad, de conformidad con lo establecido en sus Estatutos. A partir del 1 de enero de 2015, el Servicio Aragonés de Salud quedará subrogado en todos los derechos y obligaciones del Consorcio.

2. La incorporación al Servicio Aragonés de Salud del personal laboral con contrato de duración indefinida procedente del Consorcio se realizará en plazas con la condición de «a extinguir», manteniendo el mismo régimen jurídico que dio origen a su contratación. Este personal no podrá participar en los procedimientos de acceso a la condición de personal estatutario que se convoquen de acuerdo con lo dispuesto en la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, ni en los concursos de traslados o procesos de movilidad de cualquier naturaleza que se convoquen para personal laboral, funcionario o estatutario.

3. El personal laboral fijo contratado por la extinta Fundación Pública del Hospital Municipal de Jaca e incorporado con posterioridad al Consorcio se integrará en la condición de personal laboral fijo del Servicio Aragonés de Salud, y podrá optar voluntariamente a la integración en la condición de personal estatutario en los procesos que se convoquen al amparo de lo dispuesto en la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

4. El personal laboral temporal que en la fecha de cese de actividad se encuentre prestando servicios en los centros del Consorcio continuará prestando dichos servicios sin solución de continuidad en los mismos centros y con la misma modalidad del contrato laboral de origen.

5. El Servicio Aragonés de Salud elaborará un Plan de Empleo para asegurar que el desarrollo de este proceso se realiza sin afección en la asistencia sanitaria a la población.

Disposición adicional única. *Modificaciones presupuestarias.*

Por el Departamento de Hacienda y Administración Pública se efectuarán las modificaciones presupuestarias necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en esta ley.

Disposición final primera. *Habilitación para el desarrollo reglamentario.*

El Gobierno de Aragón y el Consejero competente en materia de Sanidad dictarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las disposiciones necesarias para el desarrollo y aplicación de lo dispuesto en esta ley.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

Esta ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «*Boletín Oficial de Aragón*».

§ 12

Ley 3/2000, de 17 de julio, para la creación de un complejo hospitalario y sociosanitario en la zona norte de la isla de Tenerife

Comunidad Autónoma de Canarias
«BOC» núm. 94, de 28 de julio de 2000
«BOE» núm. 194, de 14 de agosto de 2000
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2000-15426

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de Canarias ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que establece el artículo 12.8 del Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley

PREÁMBULO

I

Como principio rector de la política social y económica, la Constitución española reconoce en su artículo 43 el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, competiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El Estatuto de Autonomía de Canarias, aprobado por Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, en los apartados 7 y 9 del artículo 32, confiere a la Comunidad Autónoma competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria en general, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca. La legislación básica del Estado en la materia está contenida actualmente en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en cuya regulación destaca el protagonismo y suficiencia de las comunidades autónomas para diseñar y efectuar una política propia en materia sanitaria.

En ejercicio de aquella competencia se aprueba la Ley territorial 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, estableciéndose así el ámbito normativo en materia sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, plasmando tres decisiones políticas fundamentales. A saber: la constitución y ordenación de un sistema canario de salud; la regulación general de las actividades, servicios y prestaciones; y finalmente, la creación y organización del Servicio Canario de Salud, comprensivo, bajo la dirección, supervisión y control del Gobierno de Canarias, de las actividades, los servicios y las prestaciones directamente asumidas, establecidas y desarrolladas por la Comunidad Autónoma de Canarias en el triple campo de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria.

II

La asistencia sanitaria que se prestará bajo los principios de integración a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria, se organiza, en el actual sistema, en un nivel de atención primaria de la Salud que constituye la base y otro de atención especializada, tanto hospitalaria como extrahospitalaria, que utiliza según previene el artículo 31.4 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, los recursos asistenciales de la red hospitalaria de utilización pública en función del nivel de acreditación de los centros y de la complejidad de las patologías a atender de acuerdo con los planes de salud de Canarias y de la configuración de áreas de salud y demás disposiciones de la Administración de la Comunidad Autónoma, reguladoras de la utilización de dicha red.

En la citada red hospitalaria de utilización pública podrán incluirse los centros y establecimientos hospitalarios de entidades privadas que, por sus características técnicas, sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen.

III

En el marco legal establecido en los antecedentes anteriores, se plantea la presente iniciativa, desde la plena convicción de que la solución de los problemas de salud de los ciudadanos de Canarias conllevará una mejora de la calidad de vida de los mismos.

Asimismo, es necesario que estas mejoras sean planteadas en la línea que determinan los fines del Plan de Salud de Canarias: equidad, eficiencia y calidad en la prestación de servicios. Por lo tanto, la igualdad en el acceso a los bienes y recursos en materia de salud de toda la comunidad debe estar garantizada por este Gobierno.

Por otro lado, el informe elaborado por el Consejo Económico y Social de Canarias sobre la asistencia sanitaria en las islas, correspondiente a 1998, destaca que se advierte un déficit importante en el dispositivo de cuidados intermedios de internamiento; es decir, camas de crónicos y de larga estancia. Déficit que trae como consecuencia la utilización para dichos procesos de gran parte de las camas destinadas a los procesos de agudos en los centros asistenciales de segundo nivel.

Esta iniciativa viene avalada por la necesidad de mejorar la asignación de recursos sanitarios en general y hospitalarios en particular, de la isla de Tenerife y, dentro de la misma, en la comarca norte; se trata, en definitiva, de una necesidad históricamente demandada por la comunidad de esta zona de la isla, igual que sucede en la comarca sur, para lo cual ya se tramita en esta Cámara una iniciativa legislativa popular al respecto.

Tenerife es una isla con alta densidad de población, en la que se produce en la actualidad una inversión en la tendencia migratoria tradicional. Casi un 30% de la población de la isla se concentra en el norte, excluyendo el área de Santa Cruz-Laguna y sin contar con el turismo alojado en los establecimientos hoteleros. Nos referimos a una población directa de, prácticamente, 170.000 personas repartidas en trece municipios que ocupan una superficie de 613,07 kilómetros.

Esta situación justifica la intervención de la Administración en el sentido de garantizar la asistencia hospitalaria de segundo nivel en la comarca norte de la isla de Tenerife, así como de dotarla de un centro hospitalario y sociosanitario que mejore la asistencia primaria especializada, evitando que los pacientes de la zona norte de la isla tengan que desplazarse a la capital para consultas externas o realización de pruebas diagnósticas que no precisen de alta tecnología; que permita el tratamiento hospitalario de media y larga estancia; que permita la atención de pacientes que, tras un episodio agudo, precisen rehabilitación, controles médicos o clínicos y cuidados especiales; y que permita la hospitalización de pacientes mayores y ancianos que necesiten cuidados continuados por causas de deterioro físico o mental y cuya situación de vida digna no pueda ser mantenida en su domicilio.

Artículo único.

El Gobierno de Canarias integrará en su planificación sanitaria, promoverá y construirá un complejo hospitalario y sociosanitario que combine la asignación de recursos hospitalarios para la atención de media y larga estancia y de personas mayores necesitadas de cuidados continuados con la asignación de recursos asistenciales propios de la Atención

Primaria y Especializada Ambulatoria para la atención de la población de la comarca norte de la isla de Tenerife.

Asimismo, garantizará la existencia de un número suficiente, para atender la población de la citada comarca norte, de camas hospitalarias de segundo nivel para procesos agudos, en centros públicos o concertados integrados en la red hospitalaria de utilización pública.

Disposición adicional primera.

El Gobierno de Canarias, directamente o mediante convenio con otras administraciones públicas, adoptará las disposiciones y resoluciones necesarias para la financiación, construcción y puesta en funcionamiento del complejo hospitalario y sociosanitario del norte de Tenerife.

Disposición adicional segunda.

La consejería competente en materia de sanidad, a la entrada en vigor de esta ley, iniciará el procedimiento de adaptación del Plan de Salud de Canarias a la presente ley.

Disposición adicional tercera.

Las características, recursos asistenciales concretos y localización de este equipamiento hospitalario serán definidas por el Servicio Canario de Salud. El Gobierno preverá una consignación presupuestaria suficiente para la ejecución de esta actuación.

Disposición adicional cuarta.

A los efectos de expropiación, se declaran de utilidad pública las obras para la edificación del complejo hospitalario y sociosanitario del norte de Tenerife y la ocupación de los terrenos y demás bienes y derechos necesarios a tal fin.

§ 13

Ley 4/2000, de 17 de julio, para la creación de un complejo hospitalario y sociosanitario en la zona sur y suroeste de la isla de Tenerife

Comunidad Autónoma de Canarias
«BOC» núm. 94, de 28 de julio de 2000
«BOE» núm. 194, de 14 de agosto de 2000
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2000-15427

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de Canarias ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que establece el artículo 12.8 del Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley

PREÁMBULO

I

Como principio rector de la política social y económica, la Constitución española reconoce en su artículo 43 el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, competiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El Estatuto de Autonomía de Canarias, aprobado por Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, en los apartados 7 y 9 del artículo 32, confiere a la Comunidad Autónoma competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria en general, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca. La legislación básica del Estado en la materia está contenida actualmente en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en cuya regulación destaca el protagonismo y suficiencia de las comunidades autónomas para diseñar y efectuar una política propia en materia sanitaria.

En ejercicio de aquella competencia se aprueba la Ley territorial 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, estableciéndose así el ámbito normativo en materia sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, plasmando tres decisiones políticas fundamentales. A saber: la constitución y ordenación de un sistema canario de salud; la regulación general de las actividades, servicios y prestaciones; y finalmente, la creación y organización del Servicio Canario de Salud, comprensivo, bajo la dirección, supervisión y control del Gobierno de Canarias, de las actividades, los servicios y las prestaciones directamente asumidas, establecidas y desarrolladas por la Comunidad Autónoma de Canarias en el triple campo de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria.

II

La asistencia sanitaria que se prestará bajo los principios de integración a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria, se organiza, en el actual sistema, en un nivel de atención primaria de la Salud que constituye la base y otro de atención especializada, tanto hospitalaria como extrahospitalaria, que utiliza según previene el artículo 31.4 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, los recursos asistenciales de la red hospitalaria de utilización pública en función del nivel de acreditación de los centros y de la complejidad de las patologías a atender de acuerdo con los planes de salud de Canarias y de la configuración de áreas de salud y demás disposiciones de la Administración de la Comunidad Autónoma, reguladoras de la utilización de dicha red.

En la citada red hospitalaria de utilización pública podrán incluirse los centros y establecimientos hospitalarios de entidades privadas que, por sus características técnicas, sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen.

III

En el marco legal establecido en los antecedentes anteriores, se plantea la presente iniciativa, desde la plena convicción de que la solución de los problemas de salud de los ciudadanos de Canarias conllevará una mejora de la calidad de vida de los mismos.

Asimismo, es necesario que estas mejoras sean planteadas en la línea que determinan los fines del Plan de Salud de Canarias: equidad, eficiencia y calidad en la prestación de servicios. Por lo tanto, la igualdad en el acceso a los bienes y recursos en materia de salud de toda la comunidad debe estar garantizada por este Gobierno.

Por otro lado, el informe elaborado por el Consejo Económico y Social de Canarias sobre la asistencia sanitaria en las islas, correspondiente a 1998, destaca que se advierte un déficit importante en el dispositivo de cuidados intermedios de internamiento; es decir, camas de crónicos y de larga estancia. Déficit que trae como consecuencia la utilización para dichos procesos de gran parte de las camas destinadas a los procesos de agudos en los centros asistenciales de segundo nivel.

Esta iniciativa viene avalada por la necesidad de mejorar la asignación de recursos sanitarios en general y hospitalarios en particular, de la isla de Tenerife y, dentro de la misma, en las comarcas del sur y suroeste; se trata, en definitiva, de una necesidad históricamente demandada por la comunidad de esta zona de la isla.

Tenerife es una isla con alta densidad de población, en la que se produce en la actualidad una inversión en la tendencia migratoria tradicional. Efectivamente la zona sur y suroeste de la isla de Tenerife cuenta con una población de derecho de 100.000 habitantes, con una población turística permanente en torno a las 260.000 personas y con el índice de crecimiento vegetativo más elevado de la isla de Tenerife, situada a una distancia media superior a los 60 km. del área metropolitana.

Esta situación justifica la intervención de la Administración en el sentido de garantizar la asistencia hospitalaria de segundo nivel en las comarca sur y suroeste de la isla de Tenerife, así como de dotarla de un complejo hospitalario y sociosanitario que mejore la asistencia primaria especializada, evitando que los pacientes de la zona sur y suroeste de la isla tengan que desplazarse a la capital para consultas externas o realización de pruebas diagnósticas que no precisen de alta tecnología; que permita el tratamiento hospitalario de media y larga estancia; que permita la atención de pacientes que, tras un episodio agudo, precisen rehabilitación, controles médicos o clínicos y cuidados especiales; y que permita la hospitalización de pacientes mayores y ancianos que necesiten cuidados continuados por causas de deterioro físico o mental y cuya situación de vida digna no pueda ser mantenida en su domicilio.

Artículo único.

El Gobierno de Canarias integrará en su planificación sanitaria, promoverá y construirá un complejo hospitalario y sociosanitario que combine la asignación de recursos hospitalarios para la atención de media y larga estancia y de personas mayores necesitadas de cuidados continuados con la asignación de recursos asistenciales propios de la Atención

Primaria y Especializada Ambulatoria para la atención de la población de las comarcas sur y suroeste de la isla de Tenerife.

Así mismo, garantizará la existencia de un número suficiente, para atender la población de las citadas comarcas sur y suroeste, de camas hospitalarias de segundo nivel para procesos agudos, en centros públicos o concertados integrados en la red hospitalaria de utilización pública.

Disposición adicional primera.

El Gobierno de Canarias, directamente o mediante convenio con otras Administraciones Públicas, adoptará las disposiciones y resoluciones necesarias para la financiación, construcción y puesta en funcionamiento del complejo hospitalario y sociosanitario del sur y suroeste de Tenerife.

Disposición adicional segunda.

La consejería competente en materia de sanidad, a la entrada en vigor de esta ley, iniciará el procedimiento de adaptación del Plan de Salud de Canarias a la presente ley.

Disposición adicional tercera.

Las características, recursos asistenciales concretos y localización de este equipamiento hospitalario serán definidos por el Servicio Canario de Salud. El Gobierno preverá una asignación presupuestaria suficiente para la ejecución de esta actuación.

Disposición adicional cuarta.

A los efectos de expropiación se declaran de utilidad pública las obras para la edificación del complejo hospitalario y sociosanitario del sur y suroeste de Tenerife y la ocupación de los terrenos y demás bienes y derechos a tal fin.

§ 14

Ley 3/2016, de 21 de marzo, para el funcionamiento pleno del Hospital Santa María del Rosell como hospital general

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
«BORM» núm. 70, de 28 de marzo de 2016
«BOE» núm. 97, de 22 de abril de 2016
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2016-3877

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Sea notorio a todos los ciudadanos de la Región de Murcia, que la Asamblea Regional ha aprobado la Ley para el funcionamiento pleno del Hospital Santa María del Rosell como hospital general.

Por consiguiente, al amparo del artículo 30.dos, del Estatuto de Autonomía, en nombre del Rey, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley:

PREÁMBULO

La Asamblea Regional de Murcia, en el marco del debate sobre el estado de la Región de 2010, aprobó por unanimidad mantener el Rosell como hospital general autónomo del Área II de Salud a la entrada en servicio del nuevo de Santa Lucía, en una resolución que decía textualmente:

«La Asamblea Regional de Murcia insta al Consejo de Gobierno a que, a la entrada en funcionamiento del nuevo hospital de Cartagena, el actual hospital Santa María del Rosell se convierta en el segundo hospital del Área de Salud de Cartagena, con los servicios básicos de un hospital general y con una dirección autónoma e independiente del nuevo centro; como medida fundamental para el fortalecimiento del sistema sanitario público en el aspecto del impulso y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria».

Ya en el 2009, la consejera de Sanidad explicó en su comparecencia ante el Pleno de la Cámara, en sesión del 22 de abril, que el hospital del Rosell debía funcionar a pleno rendimiento, según consta en el correspondiente diario de sesiones:

«La apertura del nuevo hospital de Cartagena, prevista para el segundo semestre del año 2010, con su cartera de servicios ya delimitada, no agota las actuaciones sanitarias del Área II, sino que, muy al contrario, se contempla también el actual hospital Santa María del Rosell como una infraestructura sanitaria más de dicha Área.

Con el fin de poner al servicio de los usuarios de Cartagena y su comarca todo el potencial de servicio que el hospital del Rosell puede dar, se han tenido en cuenta las características que más lo definen, en concreto su ubicación plenamente urbana, conocida perfectamente por toda la población, con las ventajas en cuanto a accesibilidad que ello comporta, y, además, está dotado con toda la infraestructura técnica necesaria para soportar

cualquier actividad asistencial dentro del marco de referencia de una amplia cartera de servicios.

Las líneas estratégicas específicas de lo que queremos que sea el nuevo hospital Santa María de Rosell han sido las siguientes:

En primer lugar, prestar una asistencia necesaria de alta resolución en los servicios de urgencias.

El impulso de los servicios de área de rehabilitación funcional ambulatoria.

La optimización del área quirúrgica, con pleno rendimiento de todos los quirófanos existentes a través de la cirugía mayor ambulatoria.

Potenciación del área de consultas de especialidades mediante la creación de un gran centro de especialidades médicas de alta resolución.

Contar con unos potentes servicios para pruebas diagnósticas y complementarias, y laboratorio.

Dar un gran impulso al área social, es decir, la asistencia sanitaria que afecta a las personas mayores, poniendo a su disposición una serie de recursos sanitarios pensados para ellas: servicios de media estancia sanitaria, neurológicos, rehabilitadores...

Hospitalización de media estancia sanitaria.

Dotar de forma prioritaria de recursos y servicios al área de salud mental.

Actuación singular en el ámbito de los cuidados paliativos.

Potenciar al área de nefrología con servicios de diálisis ambulatoria.

Hospitalización a domicilio.»

En esa misma comparecencia la Consejera detalla en qué se concretaban estas líneas estratégicas, para, finalmente, acabar diciendo que:

«Por último, señorías, hay que recordar que la puesta en marcha de estas once actuaciones o de estas once líneas estratégicas se realizará en un hospital que funciona en la actualidad, siendo preciso escasas inversiones para la adecuación de espacios. Se tiene previsto un coste inicial aproximado de un millón de euros.»

«En definitiva, el actual hospital del Rosell quedará como segundo hospital de Cartagena, con 328 camas, orientadas al tipo de asistencia que entendemos aporta más beneficios a los usuarios, paliando las carencias que Cartagena sufre en la actualidad y alcanzando cotas de calidad muy elevadas en relación a la asistencia que los usuarios reciben hoy.

El hospital Santa María del Rosell será otro hospital más del área de Cartagena, no un mero anexo al nuevo hospital. EL área de Cartagena tendrá un complejo hospitalario formado por dos hospitales: el nuevo hospital de Cartagena y el nuevo hospital del Rosell, plenamente operativos y que se complementarán mutuamente. El Rosell, por supuesto que será el segundo hospital de Cartagena.»

Desde entonces, sin embargo, el Gobierno de la Comunidad Autónoma, desatendiendo el acuerdo democrático de la Asamblea Regional, ha ido desmantelando numerosos servicios en el Rosell hasta prácticamente dejar sin contenido de oferta hospitalaria las actuales infraestructuras, con el consiguiente deterioro de la atención sanitaria de la zona: aumento tanto de las lista de espera como de las derivaciones a la sanidad privada y crecientes situaciones de saturación de las urgencias y otros servicios del nuevo hospital de Santa Lucía.

Paralelamente, el pueblo de Cartagena ha expresado en multitudinarias manifestaciones desde entonces su exigencia de una recuperación del pleno funcionamiento del hospital Santa María del Rosell como mejor garantía de una prestación sanitaria y hospitalaria de calidad, acorde con los estándares regional y nacional.

Desde el ámbito institucional, se han aprobado sucesivas mociones en importantes ayuntamientos de la zona de Cartagena-La Unión o Mazarrón, que, poniendo el acento en esta problemática, han pedido la reapertura a pleno rendimiento del hospital del Rosell.

Los datos publicados por parte del Ministerio de Sanidad de las lista de espera a cierre del año 2014, aun siendo parciales, muestran una cantidad preocupante de personas que permanecen en listas de espera quirúrgicas muy por encima de los plazos legales máximos establecidos. Del mismo modo, se ha producido en este tiempo un aumento en el número de

personas que superaban los tiempos máximos para acceder a primeras consultas de especialista, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.

En definitiva, el derecho constitucional a una sanidad pública universal y de calidad, la optimización en el uso intensivo de los recursos e infraestructuras públicas existentes, la calidad asistencial hospitalaria que evite la generalización de demoras en la planificación sanitaria, la preservación de nuestro sistema sanitario público, que es referencia internacional, son razones suficientes para que esta ley cumpla y desarrolle lo acordado en la Asamblea Regional en el año 2010.

Artículo único.

1. El hospital Santa María del Rosell tendrá consideración de hospital general en el Área II de Salud, con todas las prestaciones habituales de un hospital, incluyendo servicio de urgencias, UCI, plantas de hospitalización, laboratorio, pruebas diagnósticas, servicios generales y aquellos especializados que garanticen una oferta compatible con un servicio sanitario de calidad.

2. Las fases para su puesta en funcionamiento serán las siguientes:

1. Puesta en marcha, durante el año 2016, de las siguientes líneas estratégicas específicas:

a) Servicio de urgencias, con asistencia de alta resolución.

b) Servicios de área de rehabilitación funcional ambulatoria.

c) Área quirúrgica, con pleno rendimiento de todos los quirófanos existentes a través de la cirugía mayor ambulatoria.

d) Potenciación del área de consultas de especialidades mediante la creación de un gran centro de especialidades médicas de alta resolución.

e) Contar con unos potentes servicios para pruebas diagnósticas y complementarias, y laboratorio.

f) Dar un gran impulso al área social, es decir, la asistencia sanitaria que afecta a las personas mayores, poniendo a su disposición una serie de recursos sanitarios pensados para ellas: Servicios de media estancia sanitaria, neurológicos, rehabilitadores...

g) Hospitalización de media estancia sanitaria.

h) Dotar de forma prioritaria de recursos y servicios al área de salud mental.

i) Actuación singular en el ámbito de los cuidados paliativos.

j) Potenciar el área de nefrología con servicios de diálisis ambulatoria.

k) Hospitalización a domicilio.

2. La dotación de recursos y la formalización de las medidas necesarias para el establecimiento de la estructura y órganos de dirección como hospital general estará finalizada a 1 de enero de 2018. Atendiendo al Real Decreto 521/1987, Reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales, se instrumentarán las fórmulas administrativas precisas tendentes a proporcionar al hospital del Rosell la mayor autonomía en la gestión y utilización de sus recursos hasta tanto no se constituya en hospital general.

Disposición adicional.

En el plazo de tres meses desde la aprobación de esta ley, la Consejería de Sanidad presentará, previo acuerdo en el Consejo de Salud, la organización de servicios de los hospitales de Santa Lucía y Santa María del Rosell, según lo establecido en el artículo único.

Disposición transitoria.

En este mismo plazo de tres meses se creará la comisión de seguimiento, que formará parte del Consejo de Salud del Área II, de la apertura del hospital Santa María del Rosell y de la organización de los servicios del Área II, en la que se dará participación a los ayuntamientos del Área II y a la plataforma en defensa de la sanidad pública «Salvemos el Rosell».

Esta comisión planificará y realizará el seguimiento como garante del cumplimiento de los distintos hilos en la puesta en marcha de los servicios marcados en el artículo único de esta ley.

Durante todo este proceso de restitución de servicios del hospital del Rosell y de puesta en marcha de las líneas estratégicas establecidas en esta ley, se detendrá cualquier otra modificación en el mismo y en el Área II de Salud en su conjunto que provoque una pérdida de servicios y/o reducción de medios materiales y humanos.

La Consejería de Sanidad valorará el coste total de la puesta en marcha de las líneas estratégicas fijadas en esta ley de acuerdo con la previsión presupuestaria establecida en la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el ejercicio 2016, y evaluará el resto de servicios a poner en marcha para la consecución del hospital del Rosell como hospital general y hacer la provisión correspondiente en el presupuesto del siguiente ejercicio 2017.

Disposición final.

La presente ley entrará en vigor el día siguiente de su publicación.

§ 15

Ley 2/2010, de 12 de marzo, de integración del "Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián" y de su personal en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en régimen de gestión directa

Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
«BOPA» núm. 65, de 19 de marzo de 2010
«BOE» núm. 105, de 30 de abril de 2010
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2010-6824

EL PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Sea notorio que la Junta General del Principado de Asturias ha aprobado, y yo en nombre de Su Majestad el Rey, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 31.2 del Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias, vengo a promulgar la siguiente Ley del Principado de Asturias de integración del «Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián» y de su personal en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en régimen de gestión directa.

PREÁMBULO

El Hospital del Oriente de Asturias «Francisco Grande Covián» es un centro general clínico y quirúrgico que atiende a una población de más de cincuenta y seis mil personas, pertenecientes a catorce municipios, que cumple la función de Hospital Comarcal para el Área Sanitaria VI, como Hospital de Área, y que está gestionado por una Fundación Pública promovida por el propio Principado, y sometido a las directrices de aquella en materia de contratación, evaluación y gestión de sus servicios.

En la Fundación Pública del Hospital del Oriente de Asturias «Francisco Grande Covián» participan el Principado de Asturias con un 98,04 por ciento y el Ayuntamiento de Parres con un 1,96 por ciento, y aunque es una institución pública que, de acuerdo con sus estatutos (artículo 1.º), está adscrita al Servicio de Salud del Principado de Asturias y es dependiente de la Consejería competente en materia de salud y servicios sanitarios, no deja de constituir una anómala excepción en la estructura organizativa y de gestión del sistema sanitario público del Principado de Asturias.

La presente Ley, que tiene por objeto la integración del Hospital del Oriente de Asturias «Francisco Grande Covián» y de su personal, sujetos hasta hoy a una gestión indirecta a través de dicha fundación, en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) en régimen de gestión directa, lejos de ser caprichosa, responde a la necesidad de poner fin a la anomalía, sin justificación alguna en la actualidad, de configurarse como el único Hospital Cabecera de Área sujeto a un régimen jurídico diferenciado; anomalía frente a la cual se ha producido una importante movilización ciudadana que viene reclamando la homogeneización de los servicios que se prestan por el citado hospital con los que se vienen desarrollando en

el resto de los recursos hospitalarios y asistenciales de la red pública del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

La oportunidad de la presente Ley trae causa también en la necesidad de dar cumplimiento al compromiso del Consejo de Gobierno de integración del Hospital del Oriente de Asturias «Francisco Grande Covián» en la gestión directa del Servicio de Salud del Principado de Asturias como de titularidad pública. Así como a la reiterada voluntad manifestada por la Junta General del Principado de Asturias que ya el 8 de marzo de 2007 aprobó una proposición no de ley encaminada a la «integración definitiva en el Servicio de Salud del Principado de Asturias» del citado hospital; voluntad de nuevo ratificada al aprobar una segunda proposición no de ley, el 11 de abril de 2008 en la que se formula el objetivo de la integración del hospital bajo la gestión directa del SESPA y su homologación con el resto de los hospitales de la red pública.

La norma pretende, por tanto, corregir una excepción en la prestación de los servicios sanitarios del Principado de Asturias, auspiciando la salvaguarda de los principios de equidad y superación de las desigualdades territoriales y socio-económicas, en cuanto principios informadores a los que las actuaciones del Servicio de Salud del Principado de Asturias deben ajustarse por imperativo legal. Solo esta igualdad de régimen jurídico garantiza a los usuarios que su hospital de referencia disfrute de las mismas condiciones que el resto de la red hospitalaria pública en materia de financiación, de contratación del personal y de gestión de los recursos.

Como correlato necesario de esta integración, no ha de descuidarse que la misma ha de significar, ineludiblemente, la estabilidad y continuidad del personal de la actual Fundación Pública, asegurando su estabilidad laboral y sus derechos consolidados, sin que ello afecte para nada a los principios que inspiran el acceso en condiciones de igualdad a la función pública.

Tales medidas, consustanciales al objeto de la Ley, dotan a este texto de las características propias de aquellos supuestos cuya trascendencia y complejidad sólo halla remedio a través de la promulgación de un instrumento de rango legal que atienda a una situación exclusiva y arbitre una solución adecuada y necesaria, que ha terminado por erigirse como la única razonable y proporcionada al supuesto de hecho sobre el que se proyecta.

Artículo único.

1. Se dispone la integración del Hospital del Oriente de Asturias «Francisco Grande Covián» en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en régimen de gestión directa.

2. Desde la entrada en vigor de la presente Ley y con carácter universal quedan integrados en el Servicio de Salud del Principado de Asturias todos los derechos y obligaciones personales y patrimoniales de la fundación del sector público fundacional del Principado de Asturias «Fundación del Hospital del Oriente de Asturias «Francisco Grande Covián» y específicamente las obligaciones derivadas de los contratos de trabajo que se encontrasen vigentes con la citada fundación a la entrada en vigor de la presente Ley; quedando el personal del citado centro hospitalario integrado como personal propio del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Disposición adicional.

El personal a que se refiere el número 2 del artículo único de esta Ley conservará a todo efecto legal el conjunto de sus derechos laborales activos y pasivos, categoría profesional y puesto de trabajo en el Hospital del Oriente de Asturias «Francisco Grande Covián».

El personal que en el futuro se incorpore al centro lo hará de conformidad con las disposiciones generales vigentes en materia de personal que resulten aplicables al personal del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Disposición final primera.

En el plazo de seis meses el Gobierno y el Patronato de la Fundación del sector público fundacional del Principado de Asturias «Fundación del Hospital del Oriente de Asturias «Francisco Grande Covián» dictarán cuantas disposiciones, actos y acuerdos ejecutivos de

esta Ley resultaren precisos para la más completa ejecución de lo dispuesto en la misma y específicamente para proceder a la extinción de la personalidad jurídica de la citada Fundación del sector público fundacional del Principado de Asturias.

Disposición final segunda.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Principado de Asturias».

§ 16

Ley 7/2017, de 30 de marzo, sobre acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario

Comunitat Valenciana
«DOGV» núm. 8016, de 6 de abril de 2017
«BOE» núm. 112, de 11 de mayo de 2017
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2017-5117

Sea notorio y manifiesto a todos los ciudadanos y todas las ciudadanas que Les Corts han aprobado y yo, de acuerdo con lo establecido por la Constitución y el Estatuto de Autonomía, en nombre del rey, promulgo la siguiente Ley:

PREÁMBULO

La regulación de la contratación pública en el seno de la Unión Europea se operó a través de la Directiva 2014/23/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, relativa a la adjudicación de contratos de concesión; de la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE y de la Directiva 2014/25/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, relativa a la contratación por entidades que operan en los sectores del agua, la energía, los transportes y los servicios postales y por la que se deroga la Directiva 2004/17/CE (en lo sucesivo, Directiva 2014/23/UE, Directiva 2014/24/UE y Directiva 2014/25/UE).

Habiendo transcurrido el plazo de transposición de las mismas, el pasado 18 de abril de 2016, sin que el Estado haya aprobado su incorporación en nuestro ordenamiento jurídico, entra en juego el efecto directo reconocido por la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, para aquellas disposiciones de las directivas comunitarias que sean lo suficientemente claras y precisas, así como que establezca una obligación que no esté sujeta a ninguna excepción ni condición, pudiendo ser, por ello, invocadas por los particulares ante la jurisdicción nacional.

Por su parte, la Junta Consultiva de Contratación Administrativa del Estado, aprobó en la sesión de su Comisión Permanente de 15 de marzo de 2016 una recomendación a los órganos de contratación, en relación con la aplicación de las nuevas directivas de contratación administrativa, publicada en el «BOE» número 66, de 17 de marzo de 2016.

La Directiva 2014/24/UE establece y determina, en su considerando 6, que «los servicios no económicos de interés general deben quedar excluidos del ámbito de aplicación de la presente directiva». Por su parte, también la directiva, para aquellos que define como «servicios a las personas», es decir ciertos servicios sociales, sanitarios y educativos, establece que las administraciones competentes por razón de la materia «siguen teniendo libertad para prestar por sí mismas esos servicios u organizar los servicios sociales o sanitarios, de manera que no sea necesario celebrar contratos públicos, por ejemplo,

mediante la simple financiación de estos servicios o la concesión de licencias o autorizaciones a todos».

Con el fin de dar una respuesta eficiente y eficaz a la concertación de aquellas prestaciones dirigidas a las personas vulnerables y en concretos servicios sanitarios, con el fin de garantizar los principios de atención personalizada e integral, de arraigo de la persona en el entorno social, elección de la persona y continuidad en la atención y la calidad en servicios que no admiten demora, es preciso introducir figuras, en el marco de las directivas comunitarias, que den una respuesta urgente y adecuada a la hora de proveer estos servicios.

La acción concertada es una forma de gestión de servicios alternativa a la gestión directa o indirecta de los servicios públicos, no económicos, que realizan entidades sin ánimo de lucro en el ámbito de las personas. En ocasiones, y quizás por la falta de claridad de la normativa de contratos públicos, se ha venido asimilando al régimen de los conciertos como si fueran una determinada modalidad de contratos de la Ley de contratos del sector público. El régimen jurídico al que debe ajustarse la celebración de las acciones concertadas no siempre ha sido claro y perfectamente delimitado. Habida cuenta de ello, es necesario y oportuno dar la adecuada cobertura jurídica a esta acción social competencia de la Generalitat, en tanto se regula sobre la materia contractual a prestaciones que llevan aparejado la protección de la salud y un elevado contenido social y de protección de los derechos fundamentales.

La Directiva 2014/24/UE, en el marco de las previsiones del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, afirma expresamente que la aplicación de la normativa contractual pública no es la única posibilidad de la que gozan las autoridades competentes para la gestión de los servicios a las personas. En consecuencia, no parece oportuno que se restrinjan las posibilidades de organización de dichos servicios con terceros, admitiéndose únicamente las que derivan de la legislación de contratos del sector público. Esta disposición de nuestro derecho comunitario, precisamente su considerando 114, avala la tesis que se plantea en esta ley, al destacar que los operadores económicos que cumplan las condiciones previamente fijadas por el poder adjudicador, sin límites ni cuotas, siempre que dicho sistema garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación, pueden acceder a la gestión de estos servicios.

Las formas de prestación de los servicios de carácter sanitario a las personas, que se establece mediante ley, se basan en una concepción equilibrada y complementaria de gestión directa, indirecta y acción concertada garantizando la aplicación de la normativa de contratación del sector público, con las economías que genera, siempre que los operadores económicos actúen en el mercado con ánimo de lucro y, consecuentemente, incorporando a los precios beneficio industrial. Es por ello que la acción concertada se ciñe, en el marco de la reciente jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, a entidades sin ánimo de lucro, de forma que su retribución se limita al reintegro de costes y siempre en el marco del principio de eficiencia presupuestaria.

De este modo, la prestación de servicios en régimen de gestión directa, objetiva de los costes; la gestión indirecta recurre al mercado para la determinación de los precios, y en la acción concertada, mediante módulos, permite un adecuado control de los costes de las diferentes prestaciones que, además, conforme a esta ley, deben ser transparentes y publicarse periódicamente.

Esta ley da cabida a la prestación de servicios a las personas mediante la acción concertada de la administración con entidades sin ánimo de lucro; no planteando duda alguna desde el punto de vista del operador económico ya que se entiende que, si este operador aspira legítimamente a obtener un beneficio empresarial, como consecuencia de su relación con la administración, esta solo podrá hacerlo en el marco de un proceso de contratación pública.

Hay que traer a colación tanto la capacidad de organización de la prestación de servicios no económicos de interés general a las personas, reconocida por el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, como la reciente normativa europea sobre contratación, y la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 28 de enero de 2016 (asunto C-50/14). En esta última se admite la colaboración con entidades sin ánimo de lucro autorizada, por la legislación de los estados miembros, como instrumento para la

consecución de los objetivos de solidaridad y de eficiencia presupuestaria, controlando los costes de los servicios a las personas siempre que estas entidades «no obtengan ningún beneficio de sus prestaciones, independientemente del reembolso de los costes variables, fijos y permanentes necesarios para prestarlas, ni proporcionen ningún beneficio a sus miembros».

La salud constituye un derecho esencial de la persona y, como tal, solo a través de su satisfacción individual y colectiva puede materializarse la igualdad sustancial entre las personas.

El derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución española, impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El ámbito competencial de la Comunitat Valenciana viene establecido en los artículos 49.1.11.ª y 54 del Estatuto de autonomía de la Comunitat Valenciana, mediante la ordenación de la asistencia sanitaria, así como la prevención de la enfermedad y la protección y promoción de la salud individual y colectiva.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, inició la última reforma del sistema sanitario español, con la creación del sistema nacional de salud, basado en la universalidad y el carácter público, y concebido como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas, convenientemente coordinados.

En lo que respecta a nuestro ámbito territorial y competencial en el año 2014 se aprobó la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de salud de la Comunitat Valenciana, correspondiendo a la Generalitat determinar las directrices a las que deben converger las actuaciones de los poderes públicos valencianos en materia de salud, así como establecer los medios que garanticen esas actuaciones, medidas y prestaciones del sistema valenciano de salud.

Esta ley convalida el decreto ley que se adoptó al amparo de las exigencias de extraordinaria y urgente necesidad que establece el artículo 44.4 del Estatuto de autonomía de la Comunitat Valenciana para la aprobación de un decreto ley.

En este caso la extraordinaria y urgente necesidad viene justificada por la falta de trasposición de la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero, al ordenamiento jurídico español y por la incertidumbre de cuándo se producirá, resultando muy urgente clarificar que la acción concertada posee una naturaleza diferente al contrato público, así como determinar los principios a los que se debe ajustar su celebración.

La norma, cuyo objeto se circunscribe a establecer medidas urgentes necesarias para la puesta en funcionamiento del régimen de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter sanitario en la Comunitat Valenciana, se estructura en dieciséis artículos, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales, autorizando a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública a su desarrollo reglamentario, permitiendo la ejecución de acciones concertadas singularizadas y de carácter múltiple.

Artículo 1. *Objeto.*

Esta ley tiene por objeto establecer las medidas urgentes necesarias para la puesta en funcionamiento del régimen de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter sanitario en la Comunitat Valenciana.

Artículo 2. *Prestación de servicios sanitarios a las personas.*

La conselleria competente en materia de sanidad podrá gestionar la prestación a las personas de servicios de carácter sanitario de las siguientes formas:

a) Mediante gestión directa o con medios propios.

b) Mediante gestión indirecta con arreglo a alguna de las fórmulas establecidas en la normativa sobre contratos del sector público.

c) Mediante acuerdos de acción concertada con entidades públicas o con entidades privadas sin ánimo de lucro no vinculadas o creadas ad hoc por otra empresa o grupo de empresas con ánimo de lucro.

Artículo 3. *Concepto y régimen general de acción concertada sanitaria.*

Los acuerdos de acción concertada sanitaria son instrumentos organizativos de naturaleza no contractual a través de los cuales la conselleria competente en materia de sanidad podrá organizar la prestación de servicios de carácter sanitario cuya financiación, acceso y control sean de su competencia, ajustándose al procedimiento y requisitos previstos en este decreto ley y en la normativa sectorial y de desarrollo que resulte de aplicación.

Artículo 4. *Principios generales de la acción concertada sanitaria.*

La conselleria competente en materia de sanidad ajustará las acciones concertadas con terceros, para la prestación a las personas de servicios sanitarios, a los siguientes principios:

a) Subsidiariedad, conforme al cual la acción concertada con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro estará subordinada, con carácter previo, a la utilización óptima de los recursos propios.

b) Solidaridad, fomentando la implicación de las entidades del tercer sector en la prestación de servicios a las personas de carácter sanitario, conforme a lo establecido en la Ley 43/2015, de 9 de octubre, del tercer sector de acción social.

c) Igualdad, garantizando que en la acción concertada quede asegurado que la atención que se preste se realice en plena igualdad con las personas que sean atendidas directamente por la administración.

d) Publicidad, previendo que las convocatorias de solicitudes de acción concertada y la adopción de acuerdos de acción concertada sea objeto de publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.

e) Transparencia, difundiendo en el portal de transparencia los acuerdos de acción concertada en vigor en cada momento.

f) No discriminación, estableciendo condiciones de acceso a la acción concertada que garanticen la igualdad entre las entidades que opten a ella.

g) Eficiencia presupuestaria, fijando contraprestaciones económicas a percibir por las entidades concertadas de acuerdo con las tarifas máximas o módulos que se establezcan, que cubrirán como máximo los costes variables, fijos y permanentes de prestación del servicio, sin incluir beneficio industrial.

Artículo 5. *Régimen de la acción concertada para la prestación de servicios sanitarios.*

1. La conselleria competente en materia de sanidad y sin perjuicio de la aplicación de formas de gestión directa o indirecta, podrá organizar la prestación de servicios sanitarios mediante acuerdos de acción concertada con entidades públicas o con entidades privadas sin ánimo de lucro, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

2. La conselleria competente en materia de sanidad fijará a través de condiciones administrativas y técnicas los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a la acción concertada, así como sus condiciones económicas, atendiendo a tarifas máximas o módulos, revisables periódicamente, que retribuirán como máximo los costes variables, fijos y permanentes de las prestaciones garantizando la indemnidad patrimonial de la entidad prestadora, sin incluir beneficio industrial.

3. Podrán acceder al régimen de acción concertada las entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro prestadoras de servicios sanitarios previamente autorizadas por la administración sanitaria.

4. Cuando la prestación del servicio conlleve procesos que requieran de diversos tipos de intervenciones en distintos servicios o centros, la administración competente podrá adoptar un solo acuerdo de acción concertada con dos o más entidades estableciendo en dicho acuerdo mecanismos de coordinación y colaboración de obligado cumplimiento.

5. Las acciones concertadas deberán establecerse con una duración temporal no superior a cuatro años. Las eventuales prórrogas, cuando estén expresamente previstas en el acuerdo de acción concertada, podrán ampliar la duración total a diez años. Al terminar dicho periodo, la conselleria con competencias en materia de sanidad podrá establecer un nuevo acuerdo.

6. El régimen de acción concertada será incompatible con la concesión de subvenciones económicas para la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto de concierto.

Artículo 6. *Requisito de las entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro.*

Los requisitos que deben cumplir las entidades que se quieran acoger al régimen de acción concertada, además de los que puedan determinar los órganos competentes, son los siguientes:

a) Estar debidamente inscritas en el Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, las actividades y servicios objeto de la acción concertada cuando se establezca este requisito normativamente.
b) Acreditar una experiencia mínima en la atención del colectivo al que se dirige el objeto de la acción concertada, por un plazo de tiempo mínimo que fijará el órgano competente para aprobar los acuerdos.
c) Acreditar la solvencia financiera, tal como establezca el órgano competente para aprobar los acuerdos de acción concertada.
d) Acreditar la solvencia técnica para prestar el servicio, tal como establezca el órgano competente para aprobar los acuerdos de acción concertada.
e) Estar al corriente en el pago de las obligaciones tributarias y de la seguridad social.
f) Cuando el objeto de la acción concertada consista en servicios que, de acuerdo con la normativa vigente, deban prestarse en un espacio físico determinado, acreditar la titularidad del centro, o la disponibilidad por cualquier título jurídico válido por un período no inferior al de la vigencia del acuerdo de acción concertada.
g) Acreditar el cumplimiento de la normativa que, con carácter general o específico, les sea aplicable, tanto por la naturaleza jurídica de la entidad como por el tipo de servicio objeto de concertación.
h) Acreditar el cumplimiento de lo establecido en la normativa de prevención de riesgos laborales, planes de autoprotección, planes de emergencia, o medidas de emergencia, según proceda.
i) Acreditar la aplicación de planes de igualdad y de conciliación de la vida laboral y familiar, cuando la normativa así lo exija.

Artículo 7. *Procedimientos de concertación para la prestación de servicios sanitarios y criterios de selección.*

1. La conselleria competente en materia de sanidad regulará los procedimientos específicos para que las entidades que cumplan los requisitos establecidos puedan acogerse al régimen de acción concertada, conforme a los principios generales establecidos en el artículo 4 de esta ley.
2. Para la adopción de acuerdos de acción concertada, la normativa de desarrollo establecerá los criterios de selección de entidades, cuando resulte esta necesaria, en función de las limitaciones presupuestarias o del número o características de las prestaciones susceptibles de acción concertada.
3. Las convocatorias, en su caso, el régimen de la acción concertada y el seguimiento de los mismos, que se lleven a cabo en virtud de esta ley, se rigen por los criterios de transparencia y publicidad, de modo que todo el proceso se hará público a través de su publicación en *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*.
4. Se valorará el mayor número de los criterios siguientes para la selección de las entidades en relación con las actividades a concertar:

a) La implantación en la localidad donde vaya a prestarse el servicio.
b) Los años de experiencia acreditada en la prestación del servicio.
c) La valoración de las personas atendidas, si ya hubieran prestado el servicio anteriormente, efectuada o supervisada por la conselleria correspondiente.
d) Los certificados de calidad emitidos por organismos o entidades públicos.
e) La continuidad en la atención o calidad prestada.
f) El arraigo de las personas objeto de la acción concertada en el entorno de atención.

g) Las buenas prácticas sociales y de gestión de personal, incluidas en un plan de igualdad para aquellas medidas tendentes a promover la igualdad efectiva entre mujeres y hombres en el mercado de trabajo y la inserción sociolaboral de personas con diversidad funcional conforme a lo previsto en la legislación de contratos del sector público, y especialmente en la ejecución de las prestaciones objeto de la acción concertada.

h) Cualesquiera otros que resulten determinantes para la valoración de la capacidad e idoneidad de las entidades, incluida la formación y experiencia de los profesionales.

Artículo 8. *Formalización y efectos de los acuerdos de acción concertada para la prestación de servicios sanitarios.*

1. Los acuerdos de acción concertada para la prestación de un servicio sanitario concreto se formalizarán en un documento administrativo con el contenido que establezca la normativa de desarrollo y específica que resulte de aplicación. En el deben constar los derechos y obligaciones de ambas partes, así como las características concretas del servicio, con sujeción a lo establecido en esta ley y a las condiciones técnicos del servicio concertado.

2. Los acuerdos de acción concertada obligan a la entidad que concierta a prestar a las personas los servicios de carácter sanitario en las condiciones que establezca la normativa aplicable y, conforme a la misma, el propio acuerdo de concertación.

3. No podrá percibirse de quienes sean receptores de los servicios cantidad alguna por los servicios concertados, salvo que se establezca por ley.

4. El pago por parte de quienes reciban cualesquier prestación por servicios adicionales, y su importe, deberá ser previamente autorizada por la administración concertante.

Artículo 9. *Financiación.*

1. Los acuerdos de acción concertada obligan a la administración a asignar fondos públicos para el sostenimiento de los servicios concertados.

2. Los fondos públicos, destinados al sostenimiento de los servicios concertados, se asignarán en la cuantía global establecida en los presupuestos generales de la Generalitat.

3. Las tarifas que se fijen como contraprestación económica de la acción concertada en ningún caso podrán ser superiores a las fijadas en la ley de tasas vigente.

Artículo 10. *Obligaciones de las entidades.*

1. La acción concertada obliga a las entidades a prestar gratuitamente los servicios objeto de la misma, de acuerdo con las condiciones técnicas correspondientes y con sujeción a las normas vigentes, a menos que estas normas prevean la participación económica de quien recibe el servicio. En este caso, la entidad solo puede percibir las cuotas que haya fijado reglamentariamente la administración pública.

2. La entidad titular del servicio se obliga a cumplir las condiciones técnicas, así como las normas establecidas para el régimen jurídico del acuerdo de concertación.

Artículo 11. *Pago del coste de la acción concertada.*

1. La administración debe tramitar mensualmente la orden de pago de los precios por servicio que se hayan establecido, de acuerdo con las tarifas establecidas para la acción concertada, tras la presentación de una factura mensual por parte de las entidades por los servicios prestados, la administración podrá acordar el adelantamiento de un porcentaje de pago de los servicios concertados.

2. La entidad debe presentar la factura, mencionada en el apartado anterior, junto con la relación de personas atendidas, en la forma que determine la conselleria competente en materia de sanidad.

3. Las cantidades correspondientes a las cuotas abonadas por las personas atendidas, en el caso de los servicios en los que se prevea la participación económica, deben ser deducidas previamente de la factura correspondiente.

4. Ambos conceptos de gasto tienen jurídicamente la conceptuación de contraprestación por los servicios sanitarios concertados con las entidades.

5. Las cantidades abonadas por la administración por la acción concertada deben justificarse anualmente mediante la aportación, por parte de la persona titular, de un informe de auditoría externa de las cuentas de las entidades o del servicio del año anterior, así como de un informe de auditoría externa, relativo a la aplicación de los fondos percibidos por parte de la entidad en concepto de abono de la acción concertada.

6. La percepción indebida de cantidades por parte de quien es titular del servicio, de acuerdo con lo previsto en esta ley, supone la obligación de reintegro de estas cantidades, previa tramitación del procedimiento que corresponda, con audiencia de la persona interesada.

Artículo 12. *Inspección y control.*

Los servicios de acción concertada para la prestación de servicios sanitarios quedan sujetos al control de carácter financiero y a las funciones inspectoras y sancionadoras de las administraciones competentes en la materia, así como al régimen de penalidades que se establezca para cada acción concertada en las condiciones administrativas del acuerdo. La administración, en su función inspectora, comprobará la adecuación de la actuación hacia los usuarios valorando el cumplimiento de los objetivos y los resultados de forma periódica.

Artículo 13. *Limitaciones a la contratación o cesión de la acción concertada.*

1. Queda prohibida la cesión, total o parcial, de los servicios objeto del acuerdo de acción concertada, excepto cuando la entidad concertada sea declarada en concurso de acreedores con autorización expresa y previa de la administración, que adoptará las medidas precisas para garantizar la continuidad y calidad del servicio.

2. Las entidades concertadas deberán acreditar su idoneidad para prestar los servicios objeto del acuerdo de acción concertada. Cuando los medios materiales y personales de los que dispongan no sean suficientes podrán recurrir a la colaboración de terceros, sin que ello pueda suponer el traslado de la ejecución de un porcentaje superior al que establezca la normativa de desarrollo o, conforme a ella, el acuerdo de acción concertada.

3. El acuerdo de acción concertada, en el marco que establezca la normativa de desarrollo, podrá imponer condiciones sobre el régimen de contratación de las actuaciones concertadas.

Artículo 14. *Modificaciones de la acción concertada.*

1. Las variaciones que puedan producirse en los servicios públicos, por circunstancias derivadas de las necesidades de atención a las personas receptoras del servicio o por otras circunstancias individualizadas, darán lugar a la modificación de la acción concertada, siempre que no afecten a los requisitos que origina la aprobación.

2. Se entiende como causa de modificación de la acción concertada el cambio de titular del servicio, siempre que la nueva titularidad se subrogue en los derechos y obligaciones derivados del concierto.

3. La acción concertada se modificará de oficio o a instancia de quien es titular del servicio, y es preceptiva, en el primer caso, la audiencia de la parte interesada.

4. La administración competente podrá revisar las condiciones técnicas y los módulos económicos de oficio o a instancia de una o más entidades titulares del servicio objeto de la acción concertada.

5. En todo caso, la administración competente debe dar audiencia a las partes interesadas para que puedan formular propuestas y alegaciones antes de acordar una revisión y la modificación de las condiciones de la acción concertada.

6. La frecuencia de las revisiones de las condiciones técnicas o de los módulos económicos en ningún caso puede ser inferior a un año natural.

Artículo 15. *Extinción.*

1. Son causas de extinción de la acción concertada:

a) El acuerdo mutuo de quienes intervienen, manifestado con la antelación que se determine en la acción concertada para garantizar la continuidad del servicio.

b) El incumplimiento grave de las obligaciones derivadas de la acción concertada por parte de la administración o del titular del servicio, previo requerimiento para exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas del concierto.

c) El vencimiento del plazo de duración de la acción concertada, salvo que se acuerde su prórroga o renovación.

d) La extinción de la persona jurídica a la que corresponde la titularidad.

e) La revocación de la acreditación, homologación o autorización administrativa de la entidad concertada o de los servicios de la acción concertada.

f) El cese voluntario, debidamente autorizado, de la entidad concertada en la prestación del servicio.

g) La inviabilidad económica de quien es titular de la acción concertada, constatada por los informes de auditoría que se soliciten.

h) La negativa o la denegación de atención a los usuarios derivados por la administración competente, o la prestación de servicios no objeto de la acción concertada o no autorizados por esta.

i) La solicitud de abono a las personas receptoras de servicios o prestaciones complementarias cuando no hayan sido autorizadas por la administración.

j) La infracción de las limitaciones a la contratación o cesión de servicios concertados.

k) El resto de causas que establezca la normativa sectorial o, de acuerdo con esta, los acuerdos de acción concertada.

2. Extinguido el acuerdo de acción concertada, la administración competente garantizará la continuidad de la prestación del servicio de que se trate.

Artículo 16. *Resolución de conflictos.*

Las cuestiones litigiosas derivadas de la aplicación del régimen de acción concertada serán resueltas por la administración competente previa audiencia de la persona interesada, sin perjuicio de que, una vez agotada la vía administrativa, puedan someterse a la jurisdicción contencioso-administrativa.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas normas de igual o inferior rango se opongan a lo previsto en esta ley.

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario.*

Se faculta a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en el ámbito de su competencia, para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo de esta ley, así como para acordar las medidas necesarias para garantizar la inmediata y efectiva ejecución e implantación de sus previsiones.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

Esta ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Diari Oficial de la Generalitat Valenciana».

Información relacionada

- Téngase en cuenta que la presente Ley proviene de la tramitación como proyecto de ley del Decreto-ley 7/2016, de 4 de noviembre, del Consell, sobre acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario. Ref. DOGV-r-2016-90487

§ 17

Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud

Comunidad Autónoma de Andalucía
«BOJA» núm. 41, de 10 de mayo de 1986
«BOE» núm. 124, de 24 de mayo de 1986
Última modificación: 27 de diciembre de 2001
Referencia: BOE-A-1986-12914

El contenido de los preceptos de esta ley, no derogados por la Ley 2/1998, de 15 de junio. Ref. BOE-A-1998-18720., podrá ser objeto de regulación reglamentaria. A la entrada en vigor de la citada regulación reglamentaria, quedarán totalmente derogados, según establece la disposición final 1 de la citada ley.

EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

A todos los que la presente vieren, sabed:

Que el Parlamento de Andalucía ha aprobado, y yo, en nombre del Rey, y por la autoridad que me confieren la Constitución y el Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente

LEY

Exposición de motivos

I

En virtud de la habilitación contenida en los artículos 13.21 y 20.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía (Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre), referente a las competencias relativas a la sanidad e higiene y al desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior y Seguridad Social, así como en virtud, también de la indiscutible conveniencia de una ordenación y gestión integrada de las funciones e instituciones interesadas, se impone la aprobación de una norma con el debido rango formal que encauce dichas competencias, regule las referidas funciones y vertebre las correspondientes instituciones.

II

Las condiciones propicias para el acuerdo de esta norma, que antes hubiera resultado prematura, en el presente momento se reúnen, debiendo destacarse entre ellas: a) La culminación del proceso de transferencia en materia sanitaria del Estado a la Comunidad Autónoma, incluida las referidas a la Administración Institucional de la Sanidad Nacional

(AISN), y la próxima integración de los hospitales universitarios, así como, previamente, las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), y de la acción pública sanitaria, a cuyas resultas la Administración de la Junta de Andalucía asume actualmente la responsabilidad de un amplio, pero descoordinado dispositivo sanitario. b) El desenvolvimiento de la política de integración funcional de los Centros y servicios sanitarios dependientes de las Corporaciones Locales, tendente a su unificación en una red única para Andalucía a través de la firma de numerosos convenios, en su mayor parte suscritos durante 1985. La reciente promulgación de una nueva Ley reguladora de las Bases del Régimen Local por parte del Estado, con modificación del marco de las actuaciones sanitarias de las Corporaciones Locales, abunda también en la misma necesidad de un planteamiento integrador. c) Por último, la también reciente promulgación de la Ley de Ordenación de la Función Pública de la Junta de Andalucía, que, por diseñar los criterios en materia de personal, marca pautas para la ordenación del sector de salud.

III

Estas circunstancias, por consiguiente, crean la necesidad de la Ley, pero también se valoran las razones de su conveniencia en la decisión de establecer una estructura de gestión, en la que, realmente, se integren todos los referidos elementos, lo que posibilitará una mejor atención del pueblo andaluz, y un más eficiente y económico aprovechamiento de los medios con los que cuenta su Administración.

Podrá así resultar esta Ley un paso en el proceso de la reforma sanitaria en Andalucía, aunque sin agotarla desde el punto de vista normativo, y esto en razón de que no es una Ley sustantiva, sino instrumental, limitándose a conformar la estructura orgánica precisa para la adecuada gestión del Servicio. Quedan, por ello, pendientes aspectos tan importantes como el de los derechos y deberes de los usuarios, y presenta así tan sólo un esbozo de cuestiones no menos trascendentes, como el de la participación comunitaria, respetándose, en todo caso, la intervención institucional de sindicatos y asociaciones empresariales.

IV

Estos aplazamientos de carácter sustantivo, fundamentalmente, se deben a razones competenciales, por cuanto se atribuyen constitucionalmente al Estado las bases de la sanidad y legislación básica de la Seguridad Social. Convendrá diferir a que las Cortes Generales aprueben la Ley de Sanidad, para que los poderes de esta Comunidad adopten sus propias disposiciones normativas al respecto. Queda así pendiente una sustantiva Ley de la Salud en Andalucía. Se ha tenido, en todo caso, la previsión, respetándose nítidamente la distribución competencial, de sintonizar la letra y el espíritu de esta Ley con la concepción de la Ley General de Sanidad, atendiéndose por ello, también más cumplidamente, los aspectos orgánicos, que ya constituyen la materia regulada en la presente disposición.

CAPÍTULO I

Naturaleza y atribuciones

Artículos 1 a 3.

(Derogados)

CAPÍTULO II

Estructura

Artículos 4 a 8.

(Derogados)

CAPÍTULO III

Ordenación funcional

Artículo 9.

(Derogado)

Artículo 10.

1. El Distrito de Atención Primaria de Salud es la demarcación geográfica para la gestión y prestación de los servicios sanitarios de Atención Primaria, que abarca el conjunto de Zonas Básicas de Salud vinculadas a una misma estructura de dirección, gestión y administración.
2. Su régimen de funciones, delimitación y estructura se determinará por normativa de rango inferior al de esta Ley.

Artículo 11.

Cada Área Hospitalaria estará conformada, al menos, por un hospital con los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo, que cubrirán los servicios de internamiento y atención especializada de la población correspondiente a uno o varios Distritos de Atención Primaria. Excepcionalmente, y por necesidades asistenciales de la población de un Distrito, aquélla podrá dividirse para ser atendida por Áreas Hospitalarias diferentes.

Artículo 12.

1. Los hospitales y los Centros periféricos de especialidades adscritos al Servicio Andaluz de Salud constituirán la Red Hospitalaria Pública Integrada de Andalucía, sin perjuicio de la utilización, que, en su caso, pueda realizarse mediante los correspondientes conciertos con Centros no integrados en la misma.
2. Todas las Instituciones sanitarias existentes en el Área Hospitalaria se adscribirán, a efectos de asistencia especializada, al hospital correspondiente, sin perjuicio de lo que resulte de la integración, en su caso, de los dispositivos específicos de apoyo a la Atención Primaria.

Artículo 13.

Serán fines de la Red Hospitalaria Pública Integrada de Andalucía:

a) Ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados, que, por su especialización o características, no puedan resolverse en el nivel de la Atención Primaria.
b) Posibilitar el internamiento en régimen de hospitalización a los pacientes que lo precisen.
c) Participar en la atención de las urgencias, asumiendo las que superen los niveles de la asistencia primaria.
d) Prestar la asistencia en régimen de consultas externas que requieran la atención especializada de la población en su correspondiente ámbito territorial, sin perjuicio de lo establecido para el dispositivo específico de apoyo a la Atención Primaria.
e) Participar, con el resto del dispositivo sanitario, en la prevención de las enfermedades, promoción de la salud y educación sanitaria.
f) Colaborar en la formación de los recursos humanos y en las investigaciones de salud.

CAPÍTULO IV

Medios materiales y personales

Artículo 14.

(Derogado)

Artículo 15.

1. Integran el personal del Servicio Andaluz de Salud:

a) El personal transferido para la gestión de las funciones y servicios sanitarios de la Seguridad Social en Andalucía.
b) Los funcionarios pertenecientes a los Cuerpos de la Administración de la Comunidad Autónoma que presten servicio en el Organismo.
c) El personal que se le adscriba procedente de otras Instituciones.
d) El personal que se incorpore al mismo conforme a la normativa vigente.

2. La clasificación y el régimen jurídico de aplicación al personal del Organismo autónomo serán los previstos en la Ley de Ordenación de la Función Pública de la Junta de Andalucía y demás disposiciones que, en esta materia, resulten de aplicación.

Artículo 16.

De acuerdo con la normativa vigente, se afectarán al Servicio Andaluz de Salud:

a) Los bienes y derechos de toda índole, cuya titularidad corresponde a la Junta de Andalucía, afectos a los servicios de salud y asistencia sanitaria.
b) Los bienes y derechos de toda índole afectos a la gestión de los servicios sanitarios transferidos de la Seguridad Social.
c) Los bienes y derechos de las Corporaciones Locales que se le adscriban mediante convenio o disposición legal al respecto.
d) Cualesquiera otros bienes y derechos que le sean adscritos.

CAPÍTULO V

Hacienda, presupuestos y contabilidad

Artículo 17.

Los ingresos del Servicio Andaluz de Salud quedarán constituidos por.

a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Junta de Andalucía en los presupuestos de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
b) Los demás recursos que le sean asignados con cargo a los presupuestos de la Comunidad Autónoma.
c) Las consignaciones que deban realizar las Corporaciones Locales con cargo a su presupuesto.
d) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos afectados en virtud de lo dispuesto en el artículo anterior.
e) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir el Organismo, a tenor de las disposiciones vigentes.
f) Las subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares.
g) Cualquier otro recurso que le pudiese ser atribuido.

Artículo 18.

(Derogado)

Artículo 19.

(Derogado)

CAPÍTULO VI

Régimen jurídico

Artículo 20.

1. El régimen jurídico de los actos del Servicio Andaluz de Salud será el establecido en el capítulo V del título III de la Ley 6/1983, de 21 de julio, del Gobierno y la Administración de la Comunidad Autónoma.

2. Contra los actos administrativos del Servicio Andaluz de Salud podría los interesados interponer los recursos de reposición, alzada y revisión en los mismos casos, plazo y forma previstos en la legislación sobre procedimiento administrativo.

3. Contra los actos emanados del Director gerente y del Consejo de Administración que sean susceptibles de ello, podrá interponerse recurso de alzada ante el Consejo de Salud y Consumo.

4. En relación con los actos emanados del Servicio Andaluz de Salud relativo a la prestación de asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social serán de aplicación las normas vigentes de procedimiento laboral.

Artículo 21.

(Derogado)

Artículo 22.

El titular de la Consejería de Salud y Consumo, resolverá los recursos que se presenten contra los actos o acuerdos del Servicio Andaluz de Salud, en los términos previstos en la legislación vigente, dando fin a la vía administrativa.

Disposición adicional primera.

1. El Servicio Andaluz de Salud se regirá por la presente Ley y normas que la desarrollen, por la Ley de Entidades Estatales Autónomas, en tanto se regula el régimen previsto en la disposición final primera de la Ley 6/1983, de 21 de julio, por la Ley de la Hacienda Pública de la Comunidad. Autónoma y demás disposiciones de general aplicación a los Organismos autónomos.

2. La gestión patrimonial, presupuestaria, contable y económica del Servicio Andaluz de Salud se ajustará a lo dispuesto en la Ley 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma Andaluza, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 82 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Disposición adicional segunda.

A la entrada en vigor de la presente Ley, el Servicio Andaluz de Salud se subroga en la contratación, gestión, actualización y revisión de los conciertos, convenios y contratos establecidos en su ámbito de actuación.

Disposición adicional tercera.

Los órganos competentes de la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales de la Comunidad Autónoma podrán recabar del Servicio Andaluz de Salud los medios personales y materiales precisos para el ejercicio de las funciones y actividades relativas a la sanidad medio-ambiental y a la higiene de los productos alimentarios.

Disposición transitoria primera.

1. El Consejo de Gobierno, en cumplimiento de lo dispuesto en la disposición final de la Ley 9/1984, de 3 de julio, y en el plazo máximo de tres años a partir de la promulgación de la presente Ley, procederá a la integración de los servicios y funciones del Instituto Andaluz de Salud Mental en el Servicio Andaluz de Salud.

2. Durante el periodo transitorio se adoptarán las medidas dirigidas a la plena coordinación funcional con el Servicio Andaluz de Salud, a través de la participación de los

responsables del IASAM en los órganos de gestión de aquél, en sus diferentes niveles territoriales.

Disposición transitoria segunda.

Los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión en la Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía continuarán ejerciendo sus funciones y competencias hasta que se constituyan los órganos de participación previstos en la presente Ley.

Disposición transitoria tercera.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el capítulo V de la presente Ley, en el presupuesto de recursos del presupuesto único del Servicio Andaluz de Salud se consignarán separadamente los recursos asignados al Organismo con cargo a los presupuestos de la Comunidad Autónoma, provenientes de la participación de la Junta de Andalucía en los presupuestos de gastos de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y los recursos de las restantes fuentes de ingresos.

Disposición transitoria cuarta.

1. El Consejo de Gobierno, en el plazo de nueve meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, procederá a la asignación al Servicio Andaluz de Salud de los recursos precisos para el cumplimiento de sus fines.
2. No obstante lo anterior, las unidades administrativas de la Consejería de Salud y Consumo, así como los de la Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía, continuarán ejerciendo sus funciones y competencias hasta que las mismas sean asumidas por los órganos correspondientes del Servicio Andaluz de Salud.

Disposición transitoria quinta.

1. El personal al servicio del Organismo autónomo mantendrá su nombramiento y régimen retributivo específico que inicialmente tengan reconocidos, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 6/1985, de 28 de diciembre, ordenadora de la Función Pública en Andalucía.
2. No obstante lo previsto en el apartado precedente por el Consejo de Gobierno se promulgarán las medidas tendentes a la homologación de los distintos colectivos que integran el Servicio Andaluz de Salud.

Disposición transitoria sexta.

En tanto se promulga la regulación procedente, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de la Ley de Ordenación de la Función Pública de Andalucía, el personal regulado por el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, así como en el de los Cuerpos y Escalas de Sanitarios y de Asesores Médicos, se regirán por la legislación que, en cada momento, les sea de aplicación.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango en lo que se opongan a lo previsto en la presente Ley.

Disposición final.

Se autoriza al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones necesarias de ejecución y desarrollo de la presente Ley.

§ 18

Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud

Comunidad Autónoma de Aragón
«BOA» núm. 6, de 14 de enero de 2005
Última modificación: 20 de diciembre de 2016
Referencia: BOA-d-2005-90000

La creación del Servicio Aragonés de Salud por Ley Aragonesa 2/1989, de 21 de abril (LARG 1989, 41), respondió a la consideración de dicho organismo como instrumento que permitiera la unificación funcional de todos los centros y servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma así como el desarrollo de los principios inspiradores de la reforma sanitaria en el territorio aragonés, dentro del marco general de la Ley 14/1986, de 25 de abril (RCL 1986, 1316), General de Sanidad.

En esta línea, la Ley 8/1999, de 9 de abril (LARG 1999, 91), de Reforma de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud introdujo modificaciones sustanciales en la anterior regulación permitiendo una real y eficaz actuación descentralizadora que hiciera posible flexibilizar la gestión del organismo hacia la adopción de decisiones demandadas por las necesidades inmediatas que la prestación de servicios planteaba.

Anteriormente, al amparo de la reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón (LARG 1982, 703) introducida por Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre (LARG 1997, 5, 73), el Servicio Aragonés de Salud vio ampliadas cualitativa y cuantitativamente sus competencias sanitarias fruto de la atribución a la Comunidad Autónoma de la ejecución de la legislación general del Estado en la gestión y asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Por otro lado, la Ley 6/2002, de 15 de abril (LARG 2002, 235), de Salud de Aragón atribuye nuevamente al Servicio Aragonés de Salud la función principal de gestión y provisión de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma si bien deroga y modifica sustancialmente el articulado de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por la Ley 8/1999, de 9 de abril, y posteriormente con sucesivas modificaciones introducidas por las Leyes 13/2000, de 27 de diciembre (LARG 2000, 319), 26/2001, de 28 de diciembre (LARG 2001, 484 y LARG 2002, 62, 93) y 26/2003, de 30 de diciembre (LARG 2003, 394 y LARG 2004, 52), de Medidas Tributarias y Administrativas.

Asimismo, se han tenido en cuenta en la redacción del Texto la aprobación del Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre (LARG 2002, 80), sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud y la transferencia de los Centros sanitarios de las Diputaciones Provinciales de Huesca, Teruel y Zaragoza en virtud de lo establecido en los Decretos 126/2000 (LARG 2000, 186), 127/2000 (LARG 2000, 187) y 128/2000 (LARG 2000, 188), de 29 de junio, y por los Decretos 32/2001, de 16 de enero (LARG 2001, 56), 223/2000, de 19 de diciembre (LARG 2000, 309), y 31/2001, de 16 de enero (LARG 2001, 55) que modifican y amplían los medios adscritos a

los servicios, funciones y establecimientos sanitarios de las Diputaciones Provinciales traspasados a la Comunidad Autónoma de Aragón respectivamente.

La integración de textos normativos ha supuesto, en la mayor parte de los casos, una labor de modificación, adición o supresión de los concretos preceptos legales afectados por las Leyes posteriores, si bien se ha hecho uso de la facultad otorgada por la Disposición Final Primera de la Ley 26/2003, de 30 de diciembre (LARG 2003, 394 y LARG 2004, 52), de Medidas Tributarias y Administrativas que autoriza al Gobierno de Aragón para refundir disposiciones vigentes en materia de salud de acuerdo con la siguiente redacción:

«1. En el plazo de un año, tras la entrada en vigor de esta Ley, el Gobierno de Aragón aprobará el Decreto Legislativo que refunda la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por la Ley 8/1999, de 9 de abril, de reforma de la anterior; por la Ley 13/2000, de 27 de diciembre, de Medidas Tributarias y Administrativas; por la Ley 26/2001, de 28 de diciembre, de Medidas Tributarias y Administrativas; por la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, y por la presente Ley.

2. La autorización a que se refiere esta disposición incluye la facultad de regularizar, aclarar y armonizar el texto legal que ha de ser refundido».

En virtud de todo lo anterior y de conformidad con el artículo 28 , apartados 1 y 3 del Decreto Legislativo 1/2001, de 3 de julio (LARG 2001, 223, 356), del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Presidente y del Gobierno de Aragón, a propuesta de la Consejera del Departamento responsable en materia de Salud, de acuerdo con el Dictamen de la Comisión Jurídica Asesora del Gobierno de Aragón en su reunión de 30 de diciembre de 2004,

DISPONGO:

Artículo único.

Se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud, que se inserta a continuación como Anexo.

Disposición adicional única. *Concordancias.*

Todas las referencias que se contengan en disposiciones legales o reglamentarias a la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, reformada por la Ley 8/1999, de 9 de abril, por las Leyes 13/2000, de 27 de diciembre, 26/2001, de 28 de diciembre, y 26/2003, de 30 de diciembre, de Medidas Tributarias y Administrativas y 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, se entenderán hechas al Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.

Si las referencias se expresaran con indicación de la numeración de un determinado artículo en la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, se entenderán sustituidas por la numeración que corresponda a dicho artículo en el Texto Refundido del Servicio Aragonés de Salud.

Disposición derogatoria única.

Queda derogada la Ley 2/1989, de 21 de abril (LARG 1989, 41), del Servicio Aragonés de Salud, reformada por la Ley 8/1999, de 9 de abril (LARG 1999, 91), por las Leyes 13/2000, de 27 de diciembre (LARG 2000, 319), 26/2001, de 28 de diciembre (LARG 2001, 484 y LARG 2002, 62, 93) y 26/2003, de 30 de diciembre (LARG 2003, 394 y LARG 2004, 52), de Medidas Tributarias y Administrativas y 6/2002, de 15 de abril (LARG 2002, 235), de Salud de Aragón, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo preceptuado en este Decreto Legislativo.

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario.*

Se habilita al Gobierno de Aragón para dictar las disposiciones reglamentarias necesarias para el desarrollo del Texto Refundido que se inserta como Anexo.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

El presente Decreto Legislativo y el Texto Refundido que aprueba entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Aragón».

ANEXO

Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Creación y naturaleza.*

1. El Servicio Aragonés de Salud es un organismo autónomo que se adscribe al Departamento responsable en materia de Salud de la Administración de la Comunidad Autónoma.

2. El Servicio Aragonés de Salud estará dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, patrimonio propio y recursos humanos, financieros y materiales, al objeto de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma, de acuerdo con lo establecido en los artículos 43 y concordantes de la Constitución (RCL 1978, 2836; ApNDL 2875) .

Artículo 2. *Regulación.*

El Servicio Aragonés de Salud se regirá por la presente Ley, por lo previsto en el Título VI del Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio (LARG 2001, 224), del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como por la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, y por las demás normas que le sean aplicables.

Artículo 3. *Centros, servicios y establecimientos sanitarios.*

1. El Servicio Aragonés de Salud estará integrado por los siguientes centros, servicios y establecimientos sanitarios:

a) Los propios de la Comunidad Autónoma en el momento de promulgación de esta Ley.

b) Los transferidos por las Diputaciones Provinciales así como los que se le transfieran o adscriban por convenio o por disposición legal por las corporaciones locales de Aragón.

c) Los transferidos por la Seguridad Social.

d) Otros que pueda crear o recibir por cualquier título la Comunidad Autónoma.

2. Corresponderá al Servicio Aragonés de Salud la gestión de los conciertos con entidades sanitarias no integradas en el mismo, de acuerdo con las normas y principios establecidos en las bases estatales de ordenación del sistema sanitario y en la presente Ley.

Artículo 4. *Objetivos.*

Son objetivos básicos del Servicio Aragonés de Salud:

a) La atención integral de la salud individual y comunitaria de la población aragonesa, mediante la prestación de los servicios sanitarios, en condiciones de igualdad para toda la población.

b) El aprovechamiento óptimo de los recursos sanitarios disponibles, con el fin de elevar el nivel de salud en la comunidad.

c) Promover la distribución equitativa de los servicios sanitarios, tendente a superar los desequilibrios territoriales y sociales en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

d) La coordinación funcional de las actividades de las instituciones públicas y privadas, mediante el establecimiento de convenios, conciertos o cualesquiera otras fórmulas de gestión o titularidad compartida, que permita alcanzar el máximo rendimiento de los recursos disponibles y garantizar al máximo la cantidad y calidad de la asistencia sanitaria.

Artículo 5. *Principios.*

1. En su organización y funcionamiento, así como en el ejercicio de sus competencias, el Servicio Aragonés de Salud se acomodará a los siguientes principios:

a) Autonomía de gestión y organización de la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma, en el marco de su integración y coordinación con el sistema nacional de salud.
b) Simplificación, eficacia, agilidad, racionalización y coordinación administrativa.
c) Descentralización y desconcentración en la gestión.
d) Humanización de los servicios en la atención al usuario y máximo respeto a su dignidad y sus derechos, con aplicación, en lo posible, de la libre elección de facultativo sanitario.
e) Coordinación de los servicios sanitarios con el conjunto de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma.
f) Planificación integral en el aprovechamiento de los recursos y la prestación de los servicios sanitarios, incluidos los ajenos vinculados o concertados.
g) Ordenación territorial de los centros y servicios sanitarios, en áreas y zonas de salud, armonizándola con la comarcalización general de Aragón.
h) Evaluación continuada de la calidad asistencial de los servicios y prestaciones sanitarias, mediante sistemas de información actualizada, objetiva y programada.
i) Priorización de los objetivos de prevención y promoción de la salud individual y comunitaria.
j) Participación democrática de los ciudadanos en la orientación, evaluación y control de los servicios sanitarios en los distintos ámbitos territoriales.
k) Optimización de la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, para la adecuada protección de la salud y atención sanitaria a través de cualquier entidad de titularidad pública admitida en derecho.

2. El Servicio Aragonés de Salud aplicará y desarrollará en su ámbito territorial los principios generales del sistema nacional de salud y contribuirá al funcionamiento eficaz y armónico del mismo.

Artículo 6. *Funciones.*

1. El Servicio Aragonés de Salud desarrollará, en el ámbito de la Comunidad Autónoma, las siguientes funciones:

a) La gestión y coordinación integral de los recursos sanitarios y asistenciales propios existentes en su territorio.
b) La atención primaria integral mediante la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo y de la comunidad.
c) La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria.
d) La prestación de los recursos para la promoción y protección de la salud individual y colectiva, así como para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del individuo.
e) El desarrollo de los programas de atención a los grupos de mayor riesgo, así como los dirigidos a la prevención y atención de deficiencias congénitas o adquiridas.
f) Los programas de planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.
g) La interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente.
h) La promoción y mejora de la salud mental y la prestación de la asistencia psiquiátrica.
i) La formación continuada del personal al servicio de la organización sanitaria, en colaboración con el conjunto de entidades docentes.
j) Las acciones que le correspondan en la medicina deportiva.
k) La coordinación del transporte sanitario.
l) Cualquier otra actividad relacionada con la promoción y protección de la salud que se le atribuya.

2. El Servicio Aragonés de Salud, para el ejercicio de las funciones que le atribuye el apartado primero, podrá:

a) Desarrollar directamente las referidas funciones mediante los centros, servicios y establecimientos sanitarios a los que se refiere el apartado primero del artículo 3 de esta Ley.

b) Promover acuerdos, convenios, conciertos o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, con carácter complementario a la utilización de los recursos del Servicio Aragonés de Salud.

El Gobierno de Aragón garantizará en estos casos el adecuado control, seguimiento y gestión de los mismos.

c) Promover la creación o constitución de entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho o la participación del Servicio Aragonés de Salud en las mismas, cuando así convenga a la gestión y ejecución de los servicios o actuaciones.

Artículo 7. *Relación con las Corporaciones Locales.*

1. El Gobierno de Aragón establecerá las directrices y planes sanitarios generales a que deberán ajustarse las actuaciones sanitarias de las corporaciones locales de la Comunidad Autónoma en el ejercicio de las responsabilidades de salud pública que le correspondan.

2. El Servicio Aragonés de Salud prestará su colaboración a los ayuntamientos para la mejor gestión de las competencias sanitarias que les son propias. Los ayuntamientos podrán recabar para este fin el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación estén incluidos.

Artículo 8. *Delimitación territorial.*

En el ejercicio de sus competencias, el Servicio Aragonés de Salud se acomodará a la delimitación territorial fijada por el Gobierno de Aragón en el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma, de conformidad con las directrices generales de ordenación territorial establecidas en la Ley por la que se aprueban las Directrices Generales de Ordenación Territorial para Aragón (LARG 1998, 140).

CAPÍTULO II

Estructura orgánica

Artículo 9. *Órganos superiores.*

Son órganos superiores del Servicio Aragonés de Salud:

a) El Consejo de Dirección.
b) El Director Gerente.

Artículo 10. *Composición del Consejo de Dirección.*

1. El Consejo de Dirección estará integrado por los siguientes miembros:

a) El Consejero del Departamento responsable en materia de Salud, que lo presidirá.

b) El Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud, que asumirá la presidencia en los casos de vacante, ausencia o enfermedad del Presidente.

c) Cuatro representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma, nombrados por el Gobierno de Aragón a propuesta del Consejero responsable en materia de Salud.

d) Cuatro representantes del Servicio Aragonés de Salud, designados por el Gerente de dicho organismo entre responsables de sus diferentes ámbitos o niveles de dirección administrativa o asistencial, y nombrados por el Gobierno de Aragón.

2. Actuará como Secretario del Consejo, con voz y sin voto, el Director de Coordinación Administrativa del Servicio Aragonés de Salud.

3. Los miembros del Consejo de Dirección sólo podrán ser removidos de su condición previa solicitud de los órganos que los hubieren propuesto.

4. El Presidente podrá convocar a las sesiones, con voz y sin voto, a asesores técnicos, así como a personas o representantes de organismos cuya asistencia considere de interés.

Artículo 11. *Competencias del Consejo de Dirección.*

Corresponden al Consejo de Dirección las siguientes atribuciones:

a) Definir los criterios de actuación del Servicio Aragonés de Salud, de acuerdo con las directrices del Departamento responsable en materia de Salud, así como adoptar las medidas necesarias para la mejor prestación de los servicios gestionados por el organismo.

b) Elevar al Departamento responsable en materia de Salud el anteproyecto del presupuesto anual del organismo.

c) Elevar la memoria anual de la gestión del servicio, para su aprobación, al Consejero del Departamento responsable en materia de Salud.

d) Informar el reglamento del Servicio Aragonés de Salud y elaborar su reglamento de funcionamiento interno, para su aprobación por el Departamento responsable en materia de Salud.

e) Proponer los precios y tarifas por servicios no gratuitos.

f) Proponer al Consejero del Departamento responsable en materia de Salud la autorización de acuerdos, convenios, conciertos o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro.

g) Cualquiera otra competencia del Servicio no atribuida a otros de sus órganos.

Artículo 12. *Reuniones del Consejo de Dirección.*

1. El Consejo de Dirección se reunirá, al menos, una vez al trimestre y siempre que lo convoque su Presidente.

2. El Presidente convocará el Consejo cuando lo soliciten, al menos, un tercio de sus miembros para decidir sobre las cuestiones que éstos propongan. Entre esta petición y la reunión del Consejo no transcurrirán más de quince días.

Artículo 13. *Competencias del Director Gerente.*

1. El Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud ostentará la representación legal del mismo y ejercerá la dirección, gestión e inspección inmediata de todas sus actividades, de acuerdo con las directrices del Consejo de Dirección.

De forma específica, corresponden al Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud las siguientes competencias:

a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones que regulan la actuación del Servicio Aragonés de Salud y los acuerdos adoptados por el Gobierno, Consejero del Departamento responsable en materia de Salud y Consejo de Dirección, en las materias que son de su competencia.

b) Supervisar y, en su caso, exigir el cumplimiento de las limitaciones preventivas de carácter administrativo establecidas reglamentariamente, de acuerdo con la normativa básica del Estado, para el desarrollo de las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud.

c) Ejercer el control y la evaluación interna de la organización y del desarrollo de las actividades del Servicio.

d) Ejercer la jefatura del personal del Servicio Aragonés de Salud en los términos establecidos en la legislación vigente y de acuerdo con lo que reglamentariamente se determine, sin perjuicio de las facultades de los Gerentes de las áreas de salud.

e) Contratar personal laboral temporal o nombrar funcionarios interinos, según proceda, para cubrir bajas temporales, sustituciones o vacantes, de conformidad con la legislación aplicable en la Comunidad Autónoma de Aragón.

f) Autorizar los gastos, efectuar las disposiciones, contraer obligaciones y ordenar pagos, dentro de los límites fijados por la normativa vigente en materia presupuestaria, sin perjuicio de las delegaciones que efectúe en otros órganos inferiores.

g) Resolver las reclamaciones previas.

h) Preparar y elevar al Consejo de Dirección los anteproyectos de presupuestos, plan de actividades, memoria anual y propuestas relativas a la relación de puestos de trabajo.

i) Decidir el ejercicio de acciones ante los órganos judiciales, cuando no se exija por Ley acuerdo del Consejo de Gobierno, e interponer recursos administrativos contra actos

emanados de otras Administraciones públicas, conforme a lo establecido en las normas que regulan la Asesoría Jurídica de la Diputación General de Aragón.

j) Someter a la consideración del Consejo de Dirección cuantos asuntos estime conveniente.

k) Facilitar a los miembros del Consejo de Dirección toda la documentación necesaria para el desempeño de sus funciones.

l) Aquellas otras que le asignen el Departamento responsable en materia de Salud o la normativa vigente.

m) La gestión de los edificios y servicios asistenciales adscritos al Organismo Autónomo, así como la propuesta de homologación de equipamientos y suministros en régimen centralizado para el organismo autónomo y la homologación de equipamientos y suministros clínicos, farmacéuticos y asistenciales.

2. El Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud será el órgano de contratación del organismo autónomo, con las competencias y limitaciones que la legislación en materia de contratación administrativa atribuye a dicho órgano.

3. El Director Gerente, que tendrá rango administrativo de Director General, será nombrado y separado libremente de su cargo por el Gobierno de Aragón a propuesta del Consejero del Departamento responsable en materia de Salud.

Artículo 14. *Directores de Área.*

1. Los Directores de Área del Servicio Aragonés de Salud son los responsables inmediatos, bajo la supervisión del Director-Gerente, de la ejecución de aquellos proyectos, objetivos o actividades que les sean asignados, así como de la gestión ordinaria de los asuntos de la competencia del Área.

2. Los Directores de Área del Servicio Aragonés de Salud serán nombrados y cesados libremente por el Gobierno de Aragón, a propuesta del Consejero del Departamento responsable en materia de Salud.

3. La contratación de los Directores de Área del Servicio Aragonés de Salud podrá realizarse bajo la modalidad de relación laboral especial de alta dirección, sin que puedan pactarse cláusulas indemnizatorias por razón de la extinción del contrato superiores a las establecidas en el artículo 11 del Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto (RCL 1985, 2011, 2156; ApNDL 3023).

4. Las retribuciones de los Directores de Área del Servicio Aragonés de Salud se fijarán por el Gobierno de Aragón, a propuesta del Consejero responsable en materia de personal, en cuanto a aquellos conceptos retributivos que no vengan impuestos legalmente.

CAPÍTULO III

Estructura territorial

Artículo 15. *Estructura Básica.*

Sin perjuicio de la existencia de otras demarcaciones territoriales, el Servicio Aragonés de Salud se estructura básicamente en áreas de salud, concebidas como unidades fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del organismo y de los programas y prestaciones sanitarias a desarrollar por los mismos.

En todo caso, las áreas de salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

a) En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad, desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la misma.

b) En el nivel de atención especializada a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

Artículo 16. *Áreas de Salud.*

Las áreas de salud deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos señalados en esta Ley. Para ello se tendrá en cuenta la dotación de vías y medios de comunicación, así como el diagnóstico de salud de la Comunidad, las instalaciones sanitarias y los factores geográficos socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales y climatológicos. En todo caso, en cada provincia existirá, como mínimo, un área.

Artículo 17. *División de las Áreas de Salud.*

Para conseguir la máxima eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las áreas de salud, sin perjuicio de la posible existencia de otras demarcaciones territoriales, se dividirán en zonas básicas de salud.

Artículo 18. *Zonas de Salud.*

1. La zona de salud es el marco geográfico y poblacional básico de la atención primaria de salud, accesible desde todos sus puntos, y debe posibilitar la prestación de una atención integral y continuada.
2. En dicho nivel se interrelacionan los recursos del sistema sanitario de la comunidad, con el fin de conseguir conjuntamente el nivel más alto posible de salud.
3. Se crean las zonas veterinarias, que estarán coordinadas al menos con las zonas de salud e integradas en las áreas de salud.

Artículo 19. *Delimitación de la Zona de Salud.*

En la delimitación de las zonas básicas deberán tenerse en cuenta:

a) Las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido.
b) El grado de concentración o dispersión de la población.
c) Las características epidemiológicas de la zona.
d) Las instalaciones y recursos sanitarios de la zona.
e) La comarcalización general que se establezca en la Comunidad Autónoma.

Artículo 20. *Ubicación del Centro de Salud.*

En las zonas de salud en las que existan varios municipios, se marcará uno como cabecera donde se ubicará el centro de salud que dará nombre a la zona.

Artículo 21. *Consejo de Salud de Zona.*

1. El Consejo de Salud es el órgano de participación de la población de la zona de salud y está compuesto por:

a) Un representante del ayuntamiento donde se encuentre ubicada la zona de salud; si ésta comprendiera más de un municipio, podrán formar parte, además del representante del ayuntamiento cabecera, hasta cuatro representantes más, elegidos entre y por los restantes municipios que la compongan.
b) En el medio urbano, podrán formar parte, además del representante del ayuntamiento donde se encuentre ubicada la zona de salud, hasta un máximo de tres representantes de la junta de distrito.
c) Un representante de los servicios sociales de base o servicios sociales de carácter público existentes en la zona de salud, designados por los municipios correspondientes.
d) El coordinador del equipo de atención primaria.
e) Dos representantes del equipo, elegidos por y de entre sus miembros.
f) Un farmacéutico con ejercicio profesional en la zona de salud.
g) Un veterinario con ejercicio profesional en la zona de salud.
h) Dos representantes de organizaciones sindicales, atendiendo a los criterios de la profesionalidad según el artículo 7 del Título III de la Ley Orgánica de Libertad Sindical (RCL 1985, 1980; ApNDL 13091).

i) Un representante de los consejos escolares constituidos en la zona de salud.

j) Hasta un máximo de cuatro representantes de asociaciones ciudadanas radicadas en la zona de salud, elegidos de la siguiente forma:

Un representante de las asociaciones de consumidores y usuarios, radicadas en la zona, si los hubiere, elegidos por y de entre sus miembros.

Un representante de las asociaciones de vecinos, radicadas en la zona, si las hubiere, elegido por y de entre éstas.

Representantes de otras asociaciones ciudadanas radicadas en la zona, elegidos por y de entre sus miembros, hasta que quede completado el número de cuatro previsto para el conjunto de la representación de asociaciones ciudadanas.

2. El mandato de los vocales del Consejo de Salud tendrá una duración de tres años, pudiendo ser prorrogado por idéntico período al término de cada mandato.

3. Los gastos de funcionamiento serán con cargo al presupuesto del Servicio Aragonés de Salud.

4. El Consejo de Salud de Zona será convocado por su Presidente a iniciativa propia o cuando así lo soliciten la cuarta parte de sus miembros.

Artículo 22. *Funciones del Consejo de Salud de Zona.*

Las funciones del Consejo de Salud serán las siguientes:

a) Conocer y participar en el diagnóstico de salud de la zona.

b) Conocer y participar en el plan de salud de la zona.

c) Participar en el desarrollo y evaluación de los programas de salud de la zona.

d) Canalizar y promover la participación de la comunidad en las actividades de promoción y protección de la salud y, en especial, de educación para la salud.

e) Canalizar y valorar cuantas iniciativas o sugerencias permitan la mejora de atención y del nivel de salud de la zona.

f) Contribuir a las revisiones del reglamento interno de funcionamiento.

g) Informar la memoria anual de actividades del equipo.

h) Promover la protección de los derechos de los usuarios.

i) Informar sobre el horario de funcionamiento del centro.

j) Proponer la supresión o instauración de consultorios locales en la zona y la periodicidad de días de consulta en los mismos.

k) Proponer y promover soluciones mancomunadas a los problemas de salud medioambiental de la zona.

l) Informar al Departamento responsable en materia de Salud sobre la adecuación de las estructuras físicas, dotaciones materiales y plantillas de la zona.

m) Proponer al Departamento responsable en materia de Salud la modificación de la zona de salud, de acuerdo con la normativa reguladora del mapa sanitario.

n) Proponer e informar sobre cualquier asunto que le sea propuesto por el coordinador del equipo o por las instituciones con responsabilidad sanitaria en la zona de salud.

o) Recabar cuanta información sea necesaria para el cumplimiento de sus fines.

p) La elaboración de su reglamento de funcionamiento interno, para su aprobación por el del Departamento responsable en materia de Salud.

CAPÍTULO IV

Estructuras sanitarias en el Sistema de Salud

Artículo 23. *Centros hospitalarios.*

1. El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

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

3. Cada área de salud contará, al menos, con un hospital general, dotado de los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de la misma y los problemas de salud.

4. En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre las diferentes unidades y niveles asistenciales dentro del área de salud así como la coordinación entre las distintas áreas.

5. Excepcionalmente, y por necesidades asistenciales, la población de un área podrá ser atendida por hospitales vinculados a distinta área de salud.

Artículo 24. *Acreditación de los hospitales y servicios de referencia.*

El Departamento responsable en materia de Salud acreditará los hospitales o servicios de referencia autonómicos a los que podrán acceder todos los usuarios del Servicio Aragonés de Salud, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención especializada del Área de Salud.

Asimismo, el del Departamento responsable en materia de Salud establecerá los mecanismos oportunos para que, una vez superado el ámbito de la Comunidad Autónoma, los usuarios del Servicio Aragonés de Salud puedan utilizar los recursos del sistema nacional de salud.

Artículo 25. *Evaluación de la calidad asistencial.*

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

2. El Departamento responsable en materia de Salud establecerá sistemas de evaluación de calidad asistencial, oídas las sociedades científicas sanitarias.

3. Los médicos y demás personal titulado del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo.

4. Todos los hospitales deberán posibilitar y facilitar a las unidades de control de calidad externa el cumplimiento de sus cometidos, así como el estudio y tramitación de quejas y reclamaciones que puedan plantear los usuarios. Asimismo, establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial.

Artículo 26. *Red hospitalaria pública.*

1. Los hospitales y centros de especialidades adscritos al Servicio Aragonés de Salud constituirán la red hospitalaria pública integrada de Aragón, sin perjuicio de la utilización que, en su caso, pueda realizarse mediante los correspondientes conciertos con centros no integrados en la misma.

2. Todas las instituciones sanitarias de la red pública existentes en el área de salud se adscribirán, a efectos de asistencia sanitaria especializada, al hospital correspondiente.

3. Dentro de la red hospitalaria, cabrá crear unidades clínicas cuya actividad se desarrolle en más de un hospital, sector sanitario o área de salud. Dichas unidades clínicas estarán adscritas orgánicamente a un concreto hospital, sin perjuicio de la dependencia funcional múltiple que se determine. Tanto sus funciones como las condiciones de provisión de sus plazas se ajustarán a las normas de organización y personal del Servicio Aragonés de Salud.

Artículo 27. *Estructura orgánica de los hospitales.*

1. Los órganos de dirección de los hospitales, así como sus funciones y nombramientos, se realizarán de acuerdo con lo que se establezca reglamentariamente.

2. Existirán órganos de participación comunitaria en la planificación, control y evaluación de la gestión y de la calidad de la asistencia en cada hospital, y órganos de asesoramiento a los órganos de dirección, que se establecerán reglamentariamente, así como su composición y funciones.

Artículo 28. *Finalidad de la Red Hospitalaria.*

Serán fines de la Red Hospitalaria Pública Integrada de Aragón:

a) Ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados, de los que, por su especialización y características, no puede disponerse en el nivel de atención primaria.
b) Posibilitar el internamiento hospitalario a los pacientes que lo precisen.
c) Participar en la atención de las urgencias, asumiendo las que superen los niveles de la asistencia primaria.
d) Prestar la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas, que requiera la atención especializada de la población en su correspondiente ámbito territorial.
e) Participar en el conjunto del sistema sanitario, en la prevención de las enfermedades, promoción de la salud, educación sanitaria e investigación y docencia.
f) Colaborar en la formación del personal sanitario y en las investigaciones que puedan llevarse a cabo en ciencias de la salud.

Artículo 29. *Sistemas de Gestión.*

1. Los centros y establecimientos públicos a los que se refiere el artículo 3 de la presente Ley deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control de resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer una adecuada evaluación de la calidad asistencial con criterios de accesibilidad, equidad y eficiencia.
2. Los establecimientos hospitalarios, a medida que se vayan constituyendo en centros de gestión desconcentrada, podrán asumir competencia para la contratación de personal con objeto de cubrir las bajas temporales, sustituciones o vacantes, de conformidad con la plantilla adscrita al centro y en los términos previstos en la legislación vigente. Asimismo, asumirán la organización interna de los servicios y prestaciones hospitalarios y la contratación de las obras de simple reparación y de los suministros precisos para el normal funcionamiento del establecimiento, dentro de los límites presupuestarios y de acuerdo con la normativa vigente.
3. De acuerdo con lo que se establezca reglamentariamente, los precitados centros y establecimientos deberán confeccionar y remitir periódicamente al Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud:

a) Los indicadores económicos y sanitarios que sean comunes para todos ellos.
b) La valoración económica de las actividades que desarrollan.
c) La evaluación y valoración de la rentabilidad sociosanitaria.

4. Para la gestión de los centros sanitarios públicos se desarrollarán medidas que promuevan la aplicación de los principios de autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos.

Artículo 30. *Vinculación de los hospitales privados.*

1. Cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, los hospitales generales del sector privado que lo soliciten podrán ser vinculados al Servicio Aragonés de Salud, de acuerdo con un protocolo definido, tras ser debidamente acreditados y siempre que por sus características técnicas sean homologables.
2. El protocolo de vinculación y la acreditación a los que se refiere el apartado anterior serán objeto de revisión periódica.
3. El sector privado vinculado mantendrá la titularidad de los centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la de las relaciones laborales del personal que en ellos presten sus servicios.
4. La prestación de servicios sanitarios con medios ajenos al Servicio Aragonés de Salud se realizará, en todo caso, según lo dispuesto en esta Ley y artículos 90 y concordantes de la Ley General de Sanidad.

Artículo 31. *Convenios de vinculación.*

1. La vinculación a la red pública de los hospitales del sector privado se realizará mediante convenios singulares, en los que se concretarán los derechos y obligaciones de las partes, las condiciones de prestación del servicio y régimen de contraprestaciones, de acuerdo con lo que establezcan las normas que se dicten para el desarrollo de esta Ley.

2. El hospital vinculado prestará la atención sanitaria a los beneficiarios del sistema sanitario en condiciones de igualdad, sin que esta atención pueda suponer coste alguno para dichos usuarios.

3. El cobro de cualquier cantidad a los enfermos, en concepto de atenciones no sanitarias, sólo podrá ser establecido si, previamente, es autorizado por la Administración sanitaria correspondiente.

4. El incumplimiento de las obligaciones contraídas podrá suponer la denuncia del convenio, que se realizará según lo estipulado en el mismo y en la normativa de desarrollo de la presente Ley.

5. Los hospitales vinculados estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados.

Artículo 32. *Conciertos para la prestación de servicios sanitarios.*

1. El Servicio Aragonés de Salud, en el ámbito de sus competencias y sin perjuicio de la aplicación de formas de gestión directa o indirecta, podrá organizar la prestación a las personas de servicios sanitarios mediante acuerdos de acción concertada con entidades públicas o con entidades privadas sin ánimo de lucro, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

2. La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma fijará los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a estos conciertos, así como sus condiciones económicas, atendiendo a tarifas máximas y mínimas o módulos, revisables periódicamente, que retribuirán como máximo los costes variables, fijos y permanentes de las prestaciones garantizando la indemnidad patrimonial de la entidad prestadora, sin incluir beneficio industrial.

3. Los costes de la gestión directa, indirecta o concertada de la prestación de los servicios regulados en esta Ley serán públicos y deberán expresarse de forma general o por prestación y usuario por parte de la entidad gestora, actualizándose cuando se produzcan variaciones.

4. Podrán acceder al régimen de acción concertada las entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, incluidas las cooperativas calificadas como tales conforme a su normativa específica, prestadoras de servicios sanitarios previamente homologadas por la Administración pública sanitaria, debiendo asegurarse que la atención sanitaria que se preste a los usuarios mediante acción concertada se realice en un plano de igualdad.

5. Cuando la prestación del servicio conlleve procesos que requieran de diversos tipos de intervenciones en distintos servicios o centros, la Administración pública competente podrá adoptar un solo acuerdo de acción concertada con dos o más entidades, imponiendo en dicho acuerdo mecanismos de coordinación y colaboración de obligado cumplimiento.

6. Los conciertos deberán establecerse con una duración temporal no superior a cuatro años. Las eventuales prórrogas, cuando estén expresamente previstas en el acuerdo de acción concertada, podrán ampliar la duración total del concierto a diez años. Al terminar dicho periodo, el Servicio Aragonés de Salud podrá establecer un nuevo concierto.

7. El régimen de acción concertada será incompatible con la concesión de subvenciones económicas para la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto de concierto.

Artículo 33. *Centros sociosanitarios.*

A fin de posibilitar una adecuada ordenación del dispositivo hospitalario público de atención al enfermo sociosanitario, se impulsará la creación de una red de cuidados paliativos domiciliarios, hospitales de media y larga estancia y servicios sociosanitarios.

Artículo 34. *Acceso al sistema sanitario.*

1. El acceso a los establecimientos, centros y servicios sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, propios y concertados, se regulará por una normativa que garantice que el mismo se produce de forma igualitaria, independientemente de la condición que ostente el usuario.
2. En los centros hospitalarios la lista de espera será única y centralizada en el servicio de admisión de cada centro.

Artículo 35. *Atención al usuario.*

1. El Departamento responsable en materia de Salud regulará la aplicación del derecho de elección de médico de atención primaria del área de salud. En los núcleos de población de más de 250.000 habitantes, se podrá elegir en el conjunto de la ciudad.
2. Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Servicio Aragonés de Salud tienen derecho, en el marco de su área de salud, a ser atendidos en los servicios especializados.

Artículo 36. *Centro de Salud.*

1. El centro de salud es la estructura física y funcional de referencia para las actividades de atención primaria en la zona de salud.
2. El centro de salud tendrá las siguientes funciones:

a) Albergar la estructura física de consultas y demás servicios sanitarios para la población de la zona.
b) Servir como centro de reunión para potenciar las relaciones entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
c) Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona.
d) Mejorar la organización administrativa y funcional de la atención sanitaria en la zona.

3. Los centros de salud contarán con el personal y recursos materiales necesarios que se determinen, de acuerdo con las características poblacionales, epidemiológicas y de nivel de accesibilidad, con el fin de cumplir los objetivos de atención de salud.
4. Los centros de salud deberán ser debidamente acreditados de acuerdo con el correspondiente protocolo.

Artículo 37. *Consultorios locales.*

En la zona de salud podrán existir locales diferenciados del centro de salud para la prestación de atención sanitaria, denominados «consultorios locales», que son las estructuras físicas y funcionales para la atención primaria en los municipios, localidades o barrios donde no se asiente el centro de salud. Actúan como consultorio médico y enfermería, conexo, funcionalmente, al centro de salud correspondiente, y en las unidades asistenciales que puedan configurarse se posibilitarán también funciones de atención continuada.

Artículo 38. *Equipo de Atención Primaria.*

1. El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales con responsabilidad en la prestación de atención de salud integral y continuada en la zona de salud, que tiene como centro de referencia y coordinación el centro de salud.
2. El equipo de atención primaria contará con un coordinador que asumirá la dirección funcional, y un coordinador de enfermería.
3. Asimismo el equipo de atención primaria elaborará, de acuerdo con lo que dispongan las normas reglamentarias correspondientes, un reglamento interno que regule su organización y funcionamiento.
4. Los miembros del equipo de atención primaria, en el ejercicio de sus funciones inspectoras y de control del cumplimiento de la normativa vigente en materia de salud pública, tendrán el carácter de autoridad sanitaria, siendo el coordinador del equipo de atención primaria la máxima autoridad sanitaria de la zona de salud.

Artículo 39. *Agrupación territorial.*

1. A medida que se vayan poniendo en funcionamiento en las zonas de salud los equipos de atención primaria correspondientes, se producirá la agrupación de todos aquellos partidos médicos comprendidos en cada zona de salud en un único partido médico, coincidente con el límite geográfico de la misma, asumiendo el coordinador del equipo de atención primaria las funciones correspondientes a las anteriores jefaturas locales de sanidad.

2. Las zonas de salud se declaran demarcaciones abiertas al libre ejercicio de los profesionales sanitarios, con las limitaciones establecidas en la normativa específica de oficinas de farmacia.

Artículo 40. *Formación, docencia e investigación.*

1. La estructura sanitaria del Servicio Aragonés de Salud deberá estar en disposición de ser utilizada para la formación y docencia pregraduada y postgraduada.

2. El Departamento responsable de Salud promoverá la formación continuada del colectivo de profesionales del Sistema de Salud de Aragón, con el fin de lograr su mayor y mejor adecuación a las prioridades que se establezcan en función de las necesidades de la población, y fomentará la utilización de nuevas tecnologías.

3. El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud es el organismo encargado para la formación de los recursos humanos, el fomento de la investigación, la asesoría y cooperación y el aumento del conocimiento sobre la salud de la población y sus determinantes de conformidad con lo dispuesto en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

CAPÍTULO V

Asignación

Artículo 41. *Medios personales y materiales.*

Se asignarán al Servicio Aragonés de Salud, con arreglo a la normativa aplicable, los medios personales y materiales precisos para el cumplimiento de los fines que la presente Ley le atribuye.

Artículo 42. *Personal del Servicio Aragonés de Salud.*

1. Integran el personal del Servicio Aragonés de Salud:

a) El personal de la Administración de la Comunidad Autónoma que preste sus servicios en el organismo.

b) El personal procedente de otras Administraciones públicas que se le adscriba.

c) El personal transferido de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Aragón.

d) El personal que se incorpore al organismo, conforme a la normativa vigente.

2. Con objeto de homogeneizar las relaciones de empleo del personal del Servicio Aragonés de Salud y mejorar la eficacia de la gestión, el Departamento responsable de Salud, podrá establecer procedimientos para la integración directa en la condición de personal estatutario de quienes presten servicio en dicho organismo autónomo como funcionarios de carrera o en virtud de contrato laboral fijo.

Asimismo, se podrán establecer procedimientos para la integración directa del personal interino y laboral temporal en la condición de personal estatutario temporal, en la modalidad que corresponda de acuerdo con la duración del contrato de origen.

3. El Gobierno de Aragón, a propuesta de los Consejeros de los Departamentos responsables en materia de Personal y de Salud, y conforme a lo que establezca la legislación a la que se refiere el apartado anterior, fijará el marco normativo adecuado para que el Servicio Aragonés de Salud disponga de la autonomía necesaria en materia de personal.

4. Corresponde al Servicio Aragonés de Salud la confección, tramitación, gestión y liquidación de las nóminas del personal adscrito al organismo autónomo.

5. Los trabajadores del Servicio Aragonés de Salud, en el ejercicio de sus funciones que sean propias de tal condición, no podrán percibir cantidad alguna, distinta de su salario y por los conceptos previstos, por su intervención en cualquier actividad realizada en función del artículo primero del presente Texto Refundido. Esta limitación no afecta a la participación en aquellos programas especiales que puedan establecerse, para lo que será necesaria la existencia de normativa al objeto de que dicha percepción pueda producirse.

6. Corresponde al Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud:

a) Proponer la elaboración y actualización de las relaciones de puestos de trabajo del organismo autónomo.

b) La convocatoria y resolución de los concursos de méritos para la provisión de puestos de trabajo de dicho organismo autónomo, que correspondan a funcionarios de la Escala Sanitaria Superior, Escala Técnica Sanitaria, Escala de Ayudantes Facultativos (Clase de Especialidad Especialista Sanitarios), Escala Auxiliar de Enfermería.

c) La convocatoria y gestión de las listas de espera de personal interino para la provisión de puestos de trabajo que correspondan a funcionarios de las Escalas y Clases de Especialidad señaladas en el apartado anterior.

d) La redistribución de funcionarios con destino definitivo en puestos no singularizados del organismo autónomo en los términos establecidos reglamentariamente.

Artículo 43. *Bienes y derechos.*

1. Se adscriben al Servicio Aragonés de Salud los siguientes bienes y derechos:

a) Aquellos cuya titularidad corresponde a la Diputación General de Aragón, afectos a los servicios de salud y asistencia sanitaria.

b) Los bienes y derechos de las corporaciones locales que, independientemente de su titularidad, se afecten a servicios propios del organismo.

c) Los bienes y derechos de toda clase afectos a la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, transferidos a la Comunidad Autónoma.

d) Cualesquiera otros bienes y derechos que adquiera o reciba por cualquier otro título.

2. Serán aplicables a los bienes y derechos adscritos al organismo el Decreto Legislativo 1/2000, de 29 de junio (LARG 2000, 171), por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como el Decreto Legislativo 2/2000, de 29 de junio (LARG 2000, 172), por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Aragón.

3. La declaración de utilidad pública se entiende implícita en toda expropiación relativa a obras de la competencia del Servicio Aragonés de Salud para el cumplimiento de sus finalidades específicas, y todo ello de conformidad con lo previsto en la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954 (RCL 1954, 1848; NDL 12531).

CAPÍTULO VI

Régimen económico-financiero

Artículo 44. *Ingresos.*

Constituyen ingresos del Servicio Aragonés de Salud:

a) Los recursos que le sean asignados con cargo a los Presupuestos de la Comunidad Autónoma.

b) Las consignaciones que deban realizar las corporaciones locales, con cargo a sus presupuestos.

c) Los productos y rentas de toda índole procedentes de sus bienes y derechos.

d) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que legalmente esté autorizado a percibir el organismo.

e) Las subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares.

f) Los bienes que se transfieren juntamente con servicios procedentes de otras Administraciones públicas.

g) Cualquier otro recurso que le pudiese ser atribuido.

Artículo 45. *Presupuesto.*

La estructura, procedimiento de elaboración, ejecución y liquidación del presupuesto del Servicio Aragonés de Salud, se regirán por lo previsto en el Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón y en el Decreto Legislativo 1/2000, de 29 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Artículo 46. *Intervención delegada.*

1. Se crea la Intervención delegada del Servicio Aragonés de Salud, que dependerá orgánica y funcionalmente de la Intervención General de la Comunidad Autónoma.
2. La Intervención delegada del Servicio Aragonés de Salud tendrá las siguientes funciones:

a) El control de todos los actos de este organismo autónomo que den lugar al reconocimiento de derechos y obligaciones de contenido económico, así como los ingresos y pagos que de ellos se deriven, y la recaudación, inversión o aplicación en general de los caudales públicos, con el fin de asegurar que la administración de sus recursos se ajusta a las disposiciones aplicables en cada caso en la Comunidad Autónoma de Aragón.
b) La ejecución de la contabilidad del Servicio.

3. El ejercicio de la función interventora que el apartado segundo de este artículo asigna a la Intervención delegada del Servicio Aragonés de Salud comprenderá las actuaciones y competencias que el Decreto Legislativo 1/2000, de 29 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de la Comunidad Autónoma de Aragón atribuye a dicha función.

Artículo 47. *Tesorería.*

1. La Tesorería del Servicio Aragonés de Salud, en los términos previstos en el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de la Comunidad Autónoma aprobado por el Decreto Legislativo 1/2000, de 29 de junio, estará sometida al régimen de intervención y contabilidad pública. En ella se unificarán todos los recursos financieros que se destinen para el cumplimiento de sus fines, y tendrá a su cargo la custodia de los fondos, valores y créditos de este organismo, tanto por operaciones presupuestarias como extrapresupuestarias.
2. La Tesorería del Servicio Aragonés de Salud podrá abrir y utilizar en las entidades de crédito y ahorro las cuentas necesarias para el funcionamiento de los servicios, atendiendo la especial naturaleza de sus operaciones y el lugar en que hayan de realizarse.
3. Los fondos que procedentes de las transferencias de asistencia sanitaria se ingresen en la Tesorería de la Comunidad Autónoma habrán de contabilizarse separadamente del resto de los recursos que administre la Tesorería. Asimismo, en su caso, los rendimientos procedentes de su colocación en las entidades financieras correspondientes habrán de contabilizarse también separadamente y aplicarse específicamente a financiar los créditos presupuestarios afectados a la Seguridad Social, mediante transferencias de estos fondos a aquellas partidas presupuestarias.

CAPÍTULO VII

Régimen jurídico

Artículo 48.

1. El régimen jurídico de los actos emanados del Servicio Aragonés de Salud será el establecido en la presente Ley, así como el señalado en la normativa específica de la Comunidad Autónoma de Aragón, sin perjuicio de la aplicación de las normas sobre el procedimiento común a todas las Administraciones públicas.
2. Contra los actos administrativos dictados por los órganos jerárquicamente inferiores del Servicio Aragonés de Salud, podrán interponer los interesados los recursos

administrativos procedentes ante el Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud, cuyas resoluciones al respecto pondrán fin a la vía administrativa.

3. Los actos administrativos dictados por el Director Gerente que no agoten la vía administrativa podrán impugnarse mediante los recursos administrativos procedentes, ante el Consejero del Departamento responsable en materia de Salud, en la forma y plazos previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y en el Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, aprobado por el Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio. Las resoluciones del Consejero en el ejercicio de sus competencias agotan la vía administrativa.

Disposición adicional única. *Incorporación al Servicio Aragonés de Salud.*

Los bienes, servicios y personal dependientes del Instituto Nacional de la Salud ubicados en Aragón se incorporan orgánica y funcionalmente al Servicio Aragonés de Salud prestando todos los servicios y funciones sanitarias realizados por la Seguridad Social en Aragón.

§ 19

Ley 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud

Comunidad Autónoma de Cantabria
«BOCT» núm. 5, de 31 de diciembre de 2001
«BOE» núm. 21, de 24 de enero de 2002
Última modificación: 29 de diciembre de 2023
Referencia: BOE-A-2002-1377

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Conózcase que el Parlamento de Cantabria ha aprobado y yo, en nombre de Su Majestad el Rey, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 15.2.o del Estatuto de Autonomía para Cantabria, promulgo la siguiente Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud.

PREÁMBULO

I

La protección de la salud de los ciudadanos constituye un bien jurídico de relevancia constitucional. En efecto, dentro de los principios rectores de la política social y económica, el artículo 43 de la Constitución Española de 1978, reconoce el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos españoles, obligando a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Asimismo, el artículo 49, en relación con diversos colectivos con minusvalías, establece que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I de la Constitución otorga a todos los ciudadanos. Una mención especial se realiza igualmente en el artículo 50 que obliga a los poderes públicos a promover un sistema de servicios sociales que atienda los problemas específicos de salud de los ciudadanos de la tercera edad. Finalmente, el artículo 51 de la Carta Magna establece la obligación de los poderes públicos de garantizar la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo su salud mediante procedimientos eficaces.

II

Desde un punto de vista competencial, el artículo 149.1.16 de la Constitución reserva al Estado la competencia exclusiva sobre las bases y coordinación general de la sanidad, atribuyéndose a las Comunidades Autónomas competencia sobre sanidad e higiene en el artículo 148.1.21. Sobre este sistema de distribución constitucional de competencias, el

primer traspaso de competencias, desde la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Cantabria, se materializó a través del Real Decreto 2030/1982, de 24 de julio, de traspaso de competencias, funciones y servicios del Estado en materia de Sanidad a Cantabria.

Con posterioridad, la reforma del Estatuto de Autonomía para Cantabria operada por la Ley Orgánica 11/1998, de 30 de diciembre, supuso la ampliación del marco competencial en materia sanitaria. Así, de acuerdo con el apartado 3 del artículo 25, corresponde a esta Comunidad, dentro del marco de legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social así como la ordenación farmacéutica. Más adelante, el apartado 1 del artículo 26, establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria, en los términos que establezcan las leyes y las normas reglamentarias que dicte el Estado, la función ejecutiva en cuanto a la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En este sentido, debe destacarse que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como señala su propio artículo 2, constituye la norma básica fundamental en los términos previstos en el artículo 149.1.16 de la Constitución, estableciendo la posibilidad de que las Comunidades Autónomas dicten normas de desarrollo y complementarias en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía. La Ley diseña un modelo de ordenación sanitaria cuyo objetivo es la creación paulatina y progresiva de un Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, debidamente coordinados e integrados, en cada caso, por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, municipios o cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

III

Sentadas estas premisas normativas, resulta preciso garantizar el derecho de los ciudadanos de Cantabria a la promoción y protección de su salud, consolidando y reforzando la existencia de un Sistema Sanitario Público. Por ello, es necesario articular un organismo público que cumpla las funciones que, en materia de gestión de asistencia sanitaria, venía desempeñando el Instituto Nacional de la Salud en Cantabria, bajo los principios generales de coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público, universalización pública, equidad, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, mejora de la calidad de los servicios, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión, buscando activamente la participación de los ciudadanos y de los profesionales. La creación del Servicio Cántabro de Salud constituye, pues, un elemento fundamental en la ordenación sanitaria de Cantabria, ya previsto, por otra parte, en el Plan de Salud de Cantabria 1996-2000.

Resultando inminente el proceso de asunción de la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la Comunidad Autónoma de Cantabria pasará próximamente a gestionar los servicios que en la actualidad presta el Instituto Nacional de la Salud, una vez finalizado dicho proceso mediante los cauces previstos por la Constitución y la legislación estatal. En atención a lo expuesto, la presente Ley persigue crear el correspondiente Servicio Cántabro de Salud en aras a garantizar una adecuada transición que no perturbe un bien jurídico inescindiblemente vinculado al interés general. Si bien el apartado segundo de la Disposición Transitoria Tercera de la Ley General de Sanidad concede un plazo de doce meses, a partir de la culminación del proceso de transferencias de servicios, para que las Comunidades Autónomas acuerden la creación, organización y puesta en funcionamiento de sus Servicios de Salud, resulta conveniente contar con el instrumento normativo de creación con anterioridad a la finalización del mencionado proceso con el fin de asegurar la ininterrupción de la prestación del servicio sanitario, tal y como han previsto otras Comunidades Autónomas.

Así, la Ley de Creación del Servicio Cántabro de Salud nace con la marcada vocación de servir de puente en el complejo proceso de transición que supone la realización de la actividad prestacional desde la Comunidad Autónoma de Cantabria. Por ello, constituye uno de los principios rectores de la Ley, la asunción normativa del régimen del Instituto Nacional

de la Salud, sin perjuicio de las modificaciones que el futuro y la experiencia aconsejen introducir. Ello es, además, corolario de la propia configuración de la competencia estatutaria del apartado 1 del artículo 26, por el que se atribuye a la Comunidad Autónoma de Cantabria «en los términos que establezcan las leyes y las normas reglamentarias que dicte el Estado, la función ejecutiva en cuanto a la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social».

IV

En este sentido, la presente Ley constituye el instrumento normativo de creación previsto en la Ley de Cantabria 4/1999, de 24 de marzo, reguladora de Organismos Públicos. Ello no obstante, introduce en esta última idéntica previsión a la contenida en su correlato normativo estatal, la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, cuya Disposición Adicional Sexta establece una remisión a la legislación específica de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social en materia de régimen de personal, económico-financiero, patrimonial, presupuestario y contable, así como el relativo a la impugnación y revisión de sus actos y resoluciones, sin perjuicio de la aplicación de las restantes previsiones de la Ley.

Asimismo, teniendo en cuenta la experiencia derivada del traspaso de competencias en materia educativa, en cuya virtud la Consejería competente asumió el personal docente transferido, así como los positivos resultados producidos, materializados con la introducción de un artículo 13 bis en la Ley de Cantabria 4/1993, de 10 de marzo, de la Función Pública, la presente Ley procede a la inclusión de un artículo 13 ter en la referida Ley, en el mismo sentido que el introducido con motivo del traspaso referido. De este modo, la Consejería competente en materia de sanidad, coordinará el personal estatutario del Servicio Cántabro de Salud. Ello se cohonesta con la previsiones contenidas en el apartado 2 del artículo 1 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública y en el artículo 10 de la Ley de Cantabria 4/1993, de 10 de marzo, de la Función Pública, que expresamente aluden a la posibilidad de la aprobación de normas específicas de adecuación de la legislación de función pública a las peculiaridades del personal sanitario.

Sentado lo anterior, la Ley define el Servicio Cántabro de Salud como organismo autónomo, con lo que la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria se dota de una estructura organizativa y de gestión en la que, por un lado, se integrarán los dispositivos sanitarios de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria que determine el Gobierno de Cantabria, y, por otro, los provenientes del Instituto Nacional de la Salud que le sean transferidos en su momento. Sentado lo anterior, se descentraliza la gestión en el Servicio Cántabro de Salud, dotándole de las competencias precisas en materia de gestión de recursos humanos y económicos, y posibilitando así la consolidación de un organismo capacitado para la aplicación de las nuevas técnicas y métodos de gestión sanitaria. Todo ello supone una nueva estructuración del sistema sanitario de Cantabria, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería responsable en materia sanitaria y la segunda al Servicio Cántabro de Salud, como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra.

La Ley se estructura en diez artículos, tres disposiciones adicionales, cinco disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales. Cabe destacar que, de conformidad con lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 24 de la Ley de Cantabria 4/1999, a través de la disposición adicional primera de la presente Ley se aprueba el Estatuto del Servicio Cántabro de Salud, que se contiene en el anexo del texto legal. Para satisfacer la necesidad de adaptar de modo ágil el Estatuto a posibles modificaciones normativas o a nuevas situaciones no contempladas, se faculta al Gobierno de Cantabria para la modificación de determinados artículos de dicho Estatuto en caso necesario, en uso de la previsión recogida en la antecitada disposición adicional primera de la Ley. Asimismo, se han previsto en las disposiciones transitorias de la Ley los mecanismos oportunos para garantizar que la constitución efectiva del organismo se lleve a cabo sin interrupción de los cometidos y funciones actuales, asegurando de este modo la prestación de un servicio efectivo sin solución de continuidad.

Respecto del contenido del Estatuto, que se contiene en el anexo de la Ley, consta de siete títulos que, además de las disposiciones generales, regulan las funciones y potestades,

la organización y distribución de competencias, los recursos humanos, el patrimonio y los recursos económicos, la contratación, el régimen económico-financiero, el control, la responsabilidad patrimonial, las impugnaciones, la revisión de oficio y la representación y defensa en juicio. De la regulación señalada merece destacarse la existencia de tres tipos de órganos del organismo: de dirección, de gestión y de participación. Los órganos de dirección están constituidos por el consejo de dirección, el director gerente y los subdirectores. En cuanto al director gerente, se le atribuyen las funciones precisas en aras a la imprescindible agilización del funcionamiento ordinario del servicio sanitario, atendiendo al principio de descentralización funcional que la creación de un organismo autónomo supone. La referida distribución de competencias se entiende lógicamente, sin perjuicio de las que corresponden a las Consejerías de Presidencia y de Economía y Hacienda, como centros superiores de naturaleza horizontal del Gobierno de Cantabria, y a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales como Departamento al que se adscribe el Servicio Cántabro de Salud. En cuanto a los subdirectores, en atención a su naturaleza directiva, quedan configurados como puestos de trabajo a cubrir mediante el sistema de libre designación en aplicación de lo previsto para el personal directivo en el párrafo b) el apartado 1 del artículo 20 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, y en el párrafo b) del apartado 1 del artículo 44 de la Ley de Cantabria 4/1993, de 10 de marzo, de la Función Pública.

En segundo lugar, deben mencionarse los órganos de gestión del Servicio Cántabro de Salud, que estarán integrados por las restantes unidades que dependerán orgánica y funcionalmente de alguno de los anteriores, y que la futura estructura orgánica determinará.

Finalmente, se prevé un específico órgano de participación: el Consejo Asesor de Salud. En el mismo tiene cabida la propia Administración autonómica, encontrándose además representados la Administración local, las asociaciones de consumidores, las organizaciones sindicales y empresariales, los colegios profesionales y la Universidad de Cantabria. Con todo ello se persigue potenciar el principio de participación comunitaria, esencial para el logro del fin último que la Ley persigue: la protección de la salud de los ciudadanos de Cantabria.

Artículo 1. *Creación y naturaleza.*

Se crea, con la denominación de Servicio Cántabro de Salud, un organismo público con el carácter de organismo autónomo, con personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, dotado de patrimonio propio así como de autonomía de gestión en los términos previstos en la Ley de Cantabria 5/2018, de 22 de noviembre, de Régimen Jurídico del Gobierno, de la Administración y del Sector Público Institucional de la Comunidad Autónoma de Cantabria, cuya función es ejercer las competencias de la Comunidad Autónoma de Cantabria en materia de gestión de la asistencia sanitaria.

Artículo 2. *Fines.*

1. El Servicio Cántabro de Salud tiene como fines generales la provisión de servicios de asistencia sanitaria y la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

2. Para el cumplimiento de sus fines y funciones corresponderán al Servicio Cántabro de Salud las potestades administrativas previstas en su Estatuto.

Artículo 3. *Adscripción.*

El Servicio Cántabro de Salud estará adscrito a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, a la cual corresponderá su dirección estratégica, la evaluación y el control de los resultados de su actividad, a través de la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria.

Artículo 4. *Régimen jurídico.*

1. El Servicio Cántabro de Salud se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, en su Estatuto y, en lo que no se oponga a los mismos, por la Ley de Cantabria 4/1999, de 24 de marzo, reguladora de los Organismos Públicos.

2. Respecto de su área competencial, el Servicio Cántabro de Salud ajustará su actividad a lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la restante normativa básica estatal, y en la normativa sanitaria autonómica, extendiendo su actuación a todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria, con sometimiento a las directrices de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

Artículo 5. *Régimen de personal.*

1. El personal del Servicio Cántabro de Salud está integrado por:

a) El personal funcionario o laboral de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, adscrito a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, que se determine mediante Decreto del Gobierno de Cantabria.

b) El personal funcionario, estatutario y laboral transferido por la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Cantabria para la gestión y ejecución de las funciones y servicios sanitarios de la Seguridad Social que se le asigne.

El personal que se incorpore de acuerdo con la normativa vigente.

2. El personal del Servicio Cántabro de Salud que se cita en los párrafos anteriores continuará, en lo no modificado por la presente Ley o su Estatuto, con el régimen jurídico, retributivo y de derechos pasivos establecidos en las normas que les resulten de aplicación según la naturaleza de su relación jurídica..

3. Corresponderá al Gobierno de Cantabria la aprobación de la estructura orgánica y de las relaciones de puestos de trabajo del Servicio Cántabro de Salud. Mediante Decreto del Gobierno de Cantabria se establecerá el procedimiento de aprobación y modificación de las plantillas orgánicas del Servicio Cántabro de Salud.

4. Corresponderá al Servicio Cántabro de Salud el ejercicio de las facultades relativas a la gestión ordinaria de personal en los términos previstos en la legislación vigente.

5. Los requisitos conforme a los cuales los empleados públicos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria y, en su caso, de otras Administraciones públicas, puedan cubrir destinos en el Servicio Cántabro de Salud serán los que, en cada caso, determinen las relaciones de puestos de trabajo y las plantillas orgánicas.

Artículo 6. *Recursos económicos.*

Los recursos económicos del Servicio Cántabro de Salud estarán integrados por:

a) Los bienes y valores que constituyen su patrimonio.

b) Los productos y rentas de dicho patrimonio.

c) Las consignaciones específicas que tuvieran asignadas en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma.

d) Las transferencias corrientes o de capital que procedan de las Administraciones o entidades públicas.

e) Los ingresos ordinarios o extraordinarios que esté autorizado a percibir.

f) Las donaciones, legados y otras aportaciones de entidades privadas y de particulares.

g) Cualesquiera otros que pudieren corresponderle.

Artículo 7. *Régimen patrimonial.*

1. El Servicio Cántabro de Salud, además de su patrimonio propio, podrá tener adscritos, para su administración, bienes del patrimonio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

2. El Servicio Cántabro de Salud podrá adquirir a título oneroso o gratuito, poseer y arrendar bienes y derechos de cualquier clase, incluidos los derechos de protección industrial e intelectual incorporándose al patrimonio de la Comunidad Autónoma los bienes que resulten innecesarios para el cumplimiento de sus fines.

3. El Servicio Cántabro de Salud ejercerá cuantos derechos y prerrogativas relativos al dominio público se encuentren legalmente establecidos, a efectos de la conservación, correcta administración y defensa de sus bienes.

4. El Servicio Cántabro de Salud formará y mantendrá actualizado su inventario de bienes y derechos, tanto propios como adscritos, con excepción de los de carácter fungible.

Artículo 8. *Régimen de contratación.*

1. Los contratos celebrados por el Servicio Cántabro de Salud se regirán por lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, por las demás normas básicas del Estado vigentes en cada momento, y, en lo que no se oponga a la presente Ley o su Estatuto, por las disposiciones en materia de contratación de la Ley de Cantabria 2/1997, de 28 de abril, de Régimen Jurídico del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

2. Será órgano de contratación el director gerente del Servicio Cántabro de Salud, si bien precisará la autorización previa del Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales o del Gobierno de Cantabria en los términos y cuantías que se fijen mediante Decreto del Gobierno de Cantabria.

3. En los supuestos en los que para la celebración del contrato sea precisa la autorización previa del Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales o del Gobierno de Cantabria, dichos órganos deberán autorizar igualmente su modificación, prórroga, supresión y resolución.

Artículo 9. *Régimen presupuestario, económico-financiero, de contabilidad, control y tesorería.*

1. El régimen presupuestario, económico-financiero, de contabilidad y control del Servicio Cántabro de Salud será el previsto en la presente Ley y en su Estatuto, en la Ley de Fianzas de 14 /2006, de 24 de octubre, en las Leyes de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Cantabria del ejercicio correspondiente y, supletoriamente, por lo dispuesto en la legislación estatal reguladora del Instituto Nacional de la Salud.

2. Asimismo, el régimen de tesorería del SCS será el legalmente previsto para la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Artículo 10. *Peculiaridades en materia de responsabilidad patrimonial.*

Los procedimientos de responsabilidad patrimonial serán resueltos por el director gerente en los términos previstos en el Estatuto.

Disposición adicional primera. *Modificación del Estatuto del Servicio Cántabro de Salud.*

Se aprueba el Estatuto del Servicio Cántabro de Salud que se contiene en el anexo de la presente Ley. El Gobierno de Cantabria, mediante Decreto, podrá modificar el contenido de los artículos 3, 5.2, 6.2, 7, 10, 11, 13.1, 13.3 y 18.1 del Estatuto, para adaptarlo a posibles modificaciones que pudieran producirse en la normativa vigente, así como a nuevas necesidades o situaciones no contempladas.

Disposición adicional segunda. *Normativa aplicable.*

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4, la normativa aplicable al Instituto Nacional de la Salud, que se encuentre vigente a la entrada en vigor de la presente Ley, resultará aplicable al Servicio Cántabro de Salud en lo que no se oponga a su Ley de creación o a su Estatuto.

Disposición adicional tercera. *Constitución del Servicio Cántabro de Salud.*

La constitución efectiva del Servicio Cántabro de Salud tendrá lugar una vez que se produzca el traspaso de servicios y funciones en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y no supondrá la interrupción de la prestación del servicio sanitario, correspondiendo al Gobierno de Cantabria determinar la ordenada sucesión de los correspondientes servicios y funciones.

Disposición transitoria primera. *Dotación de medios personales y materiales.*

Con carácter inicial, la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, junto con las Consejerías de Economía y Hacienda y de Presidencia, llevará a cabo las actuaciones

oportunas para la dotación de los medios personales y materiales que, en su caso, resulten precisos para la puesta en funcionamiento del organismo.

Disposición transitoria segunda. *Competencias.*

(Suprimida).

Disposición transitoria tercera. *Procedimientos administrativos.*

Los procedimientos administrativos de todo tipo que se encuentren en tramitación a la entrada en vigor de la presente Ley, se resolverán de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 12/1983, de 14 de octubre, de Proceso Autonómico, y en el correspondiente Real Decreto de traspaso de servicios y funciones.

Disposición transitoria cuarta. *Sistemas informáticos.*

En tanto no se adapten los sistemas informáticos del Servicio Cántabro de Salud a los de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, continuarán teniendo validez operativa los sistemas informáticos que sean objeto de transferencia en el correspondiente Real Decreto de traspaso de competencias, servicios y funciones.

Disposición transitoria quinta. *Autorización previa.*

Hasta tanto se proceda a la aprobación del Decreto previsto en el apartado 2 del artículo 8 de la presente Ley, la autorización previa del Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales o del Gobierno de Cantabria, será exigible en los mismos supuestos previstos en la legislación estatal relativa al Instituto Nacional de la Salud, vigente a la entrada en vigor de la presente Ley, respecto de los órganos equivalentes a aquéllos.

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas todas aquellas disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a la presente Ley.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley de Cantabria 4/1999.*

Se modifica la disposición adicional única de la Ley 4/1999, de 24 de marzo, reguladora de los Organismos Públicos de la Comunidad Autónoma de Cantabria, pasando a denominarse disposición adicional primera.

Asimismo se introduce en la mencionada Ley una disposición adicional segunda con el siguiente tenor literal:

> **«Disposición adicional segunda.** *Servicio Cántabro de Salud.*
>
> Al Servicio Cántabro de Salud le serán de aplicación las previsiones de esta Ley, salvo lo dispuesto en el párrafo siguiente.
>
> El régimen de personal, económico-financiero, patrimonial, presupuestario y contable del Servicio Cántabro de Salud, así como el relativo a la impugnación de sus actos y resoluciones será el establecido por su legislación específica, por las Leyes anuales de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma en las materias que sean de aplicación y supletoriamente por esta Ley.»

Disposición final segunda. *Modificación del artículo 11 de la Ley de Cantabria 4/1993.*

Se modifica el artículo 11 de la Ley de Cantabria 4/1993, de 10 de marzo, de la Función Pública, que pasa a tener el siguiente tenor literal:

> **«Artículo 11.**
>
> Los órganos superiores en materia de función pública se clasifican en ejecutivos y consultivos:
>
> a) Son órganos ejecutivos:

1.º El Consejo de Gobierno.
2.º El Consejero de Presidencia.
3.º El Consejero competente en materia de Educación.
4.º El Consejero competente en materia de Sanidad.
5.º Los Consejeros.

b) Es órgano consultivo:

El Consejo de Función Pública.»

Disposición final tercera. *Adición de un nuevo artículo a la Ley de Cantabria 4/1993.*

Se añade un nuevo artículo, con el número 13 ter, a la Ley de Cantabria 4/1993, de 10 de marzo, de la Función Pública, con el siguiente tenor literal:

«Artículo 13 ter.

1. La Consejería competente en materia de sanidad ejercerá el desarrollo normativo y la coordinación del personal estatutario de la Comunidad Autónoma de Cantabria que se integre en el Servicio Cántabro de Salud y, en particular, las siguientes competencias:

a) Elaborar los proyectos de disposiciones en materia de función pública estatutaria.
b) Impulsar, coordinar y, en su caso, establecer y ejecutar los planes, las medidas y las actividades para mejorar el rendimiento del servicio, la formación y la promoción del personal estatutario que se integre en el Servicio Cántabro de Salud.
c) Vigilar el cumplimiento de las normas de aplicación específicas relativas al personal estatutario que se integre en el Servicio Cántabro de Salud y ejercer la inspección general sobre el mismo.
d) Establecer las bases, los programas y el contenido de las pruebas de selección del personal estatutario sanitario, realizar su convocatoria y la designación de los tribunales calificadores y resolverlas.
e) Establecer las bases de las convocatorias de provisión de puestos de trabajo reservados a personal estatutario, realizar su convocatoria y resolverlas, salvo en caso de puestos de trabajo reservados a personal estatutario no sanitario cuando éstos se integren en las convocatorias de provisión a que se refiere el artículo 13 de esta Ley.
f) Declarar las situaciones administrativas del personal estatutario que se integre en el Servicio Cántabro de Salud y conceder su reingreso al servicio activo.
g) Adscribir provisionalmente al desempeño de puestos de trabajo y autorizar las comisiones de servicio del personal estatutario que se integre en el Servicio Cántabro de Salud.
h) Nombrar y cesar al personal estatutario interino del Servicio Cántabro de Salud, excepto cuando se trate del nombramiento de personal estatutario no sanitario procedente de las listas generales del Gobierno de Cantabria para la cobertura de puestos de trabajo con carácter interino o temporal, en cuyo caso se aplicará el artículo 13 de esta Ley.
i) Resolver los expedientes de compatibilidad del personal estatutario.
j) Declarar las jubilaciones voluntarias, forzosas y por incapacidad del personal estatutario.
k) Designar la representación propia de la Consejería en la negociación con los representantes del personal estatutario que se integre en el Servicio Cántabro de Salud.
l) Ejercer la potestad disciplinaria respecto del personal estatutario conforme a las disposiciones vigentes, excepto la separación definitiva del servicio que competerá al Gobierno de Cantabria.
m) Reconocer, a efectos de trienios, los servicios prestados en las Administraciones Públicas por el personal estatutario.
n) Conceder licencias al personal estatutario.

ñ) En general, la jefatura de personal estatutario y los actos de administración y gestión ordinaria, cuantas otras competencias le atribuya la normativa vigente, así como las que, en relación con las citadas, le atribuya, mediante Decreto, el Gobierno de Cantabria.

2. Las competencias enumeradas en el apartado anterior se ejercerán por los órganos de la Consejería o del Servicio Cántabro de Salud, conforme a la distribución que al efecto se establezca y con sujeción a las normas de procedimientos que reglamentariamente se determinen.

3. El Servicio Cántabro de Salud y los centros sanitarios públicos que se integren en el mismo tendrán, en materia de gestión de personal, aquellas facultades, entre las recogidas en el apartado 1 de este artículo, que en las normas de desarrollo de la presente Ley le sean reconocidas y las que les sean delegadas.»

Disposición final cuarta. *Estructura orgánica y relaciones de puestos de trabajo.*

En el plazo de doce meses desde la entrada en vigor de esta Ley, se adoptarán los oportunos Decretos del Gobierno de Cantabria por los que se aprueben, respectivamente, la estructura orgánica y las relaciones de puestos de trabajo del Servicio Cántabro de Salud.

Disposición final quinta. *Autorización de desarrollo reglamentario.*

Se faculta al Gobierno de Cantabria para que adopte las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

Disposición final sexta. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Cantabria».

ANEXO

Estatuto del Servicio Cántabro de Salud

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Estatuto.*

El Servicio Cántabro de Salud se regirá por las disposiciones establecidas en su Ley de creación y en el presente Estatuto.

Artículo 2. *Principios generales de actuación.*

1. El Servicio Cántabro de Salud ajustará su actuación a los principios de organización y funcionamiento establecidos para la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria en los artículos 40, 60 y 61 la Ley de Cantabria 2/1997, de 28 de abril, de Régimen Jurídico del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, sin perjuicio de las peculiaridades contempladas en su Ley de creación y en el presente Estatuto en consideración a la naturaleza de sus actividades.

2. Asimismo, el Servicio Cántabro de Salud, en su funcionamiento así como en el ejercicio de sus competencias, se acomodará a los siguientes principios:

a) Autonomía, descentralización, simplificación, eficacia y eficiencia, racionalización y coordinación con el conjunto del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

b) Humanización de los servicios y respeto máximo al usuario, a su dignidad como persona y a su libertad individual, promoviendo la libre elección por parte de éste tanto de los facultativos como de los centros sanitarios, con las limitaciones que sean pertinentes del ejercicio de este derecho.

c) Garantía de acceso a los servicios sanitarios en toda la Comunidad Autónoma de Cantabria.
d) Evaluación continuada de la calidad asistencial de los servicios y prestaciones sanitarias.
e) Actualización armónica, eficiente y coordinada del sistema sanitario público de Cantabria, tanto en los equipamientos como en los medios técnicos y personales.
f) Participación democrática de los ciudadanos en la orientación, evaluación y control del Servicio Cántabro de Salud a través del Consejo Asesor de Salud.
g) Aplicación de los principios generales del Sistema Nacional de Salud contribuyendo al funcionamiento eficaz y armónico del mismo.

TÍTULO II

Funciones y potestades

Artículo 3. *Funciones.*

1. El Servicio Cántabro de Salud, para el desarrollo y cumplimiento de sus fines generales, tiene asignadas las siguientes funciones específicas:

a) El desarrollo de todas las áreas que configuran el concepto integral de salud, gestionando la sanidad en todas ellas: información y educación sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, rehabilitación y reinserción social.
b) La gestión y administración de los centros y de los servicios sanitarios adscritos al mismo, y que operen bajo su dependencia orgánica y funcional.
c) La prestación de asistencia sanitaria en centros y servicios sanitarios, en el ámbito primario y especializado.
d) La ejecución y desarrollo de los programas de docencia e investigación que le sean encomendados por la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, dentro de su competencia, o que sean necesarios para sus fines.
e) La gestión de las prestaciones farmacéuticas y complementarias.
f) La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones encomendadas.
g) Cualesquiera otras análogas a las anteriores, o que se le atribuyan legal o reglamentariamente.

2. En el ejercicio de sus funciones, el Servicio Cántabro de Salud se someterá a los criterios de política sanitaria que determine la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, la cual fijará los objetivos y directrices de actuación del Organismo y efectuará el seguimiento de su actividad.
3. Para mejor cumplimiento de las funciones previstas en el presente Estatuto, el Servicio Cántabro de Salud podrá celebrar convenios de colaboración con Administraciones y entidades públicas o privadas.

> Téngase en cuenta que este artículo podrá ser modificado por Decreto publicado únicamente en el "Boletín Oficial de Cantabria", según se establece en la disposición adicional 1.

Artículo 4. *Potestades administrativas generales.*

1. En el ejercicio de sus funciones, corresponden al Servicio Cántabro de Salud las siguientes potestades administrativas:

a) La potestad organizatoria.
b) La potestad de planificación.
c) La potestad inspectora y sancionadora.
d) La potestad de ejecución forzosa de sus actos.

e) Las potestades de investigación, deslinde y recuperación de oficio de sus bienes.

f) Las potestades de interpretación, modificación, revisión de precios y resolución de los contratos administrativos que celebre así como las demás prerrogativas administrativas reconocidas en el Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, sin perjuicio de lo establecido en el apartado 3 del artículo 8 de la Ley de creación.

2. Mediante Decreto del Gobierno de Cantabria podrá atribuirse al Servicio Cántabro de Salud la facultad de ordenar aspectos secundarios del funcionamiento del servicio encomendado en el marco y con el alcance establecido por las disposiciones que fijan el régimen jurídico básico de dicho servicio.

TÍTULO III

Organización y distribución de competencias

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 5. *Órganos.*

1. El Servicio Cántabro de Salud contará con órganos de dirección, de gestión y de participación.

2. Son órganos de dirección, el Director Gerente, los Subdirectores y los Gerentes de los órganos periféricos.

> Téngase en cuenta que el apartado 2 podrá ser modificado por Decreto publicado únicamente en el "Boletín Oficial de Cantabria", según se establece en la disposición adicional 1.

3. Son órganos de gestión las restantes unidades que dependerán orgánica y funcionalmente de alguno de los anteriores.

4. Es órgano de participación el Consejo Asesor de Salud.

5. Las competencias de los órganos colegiados y unipersonales del Organismo se entienden sin perjuicio de las atribuidas al Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales a quien, en cuanto titular de la Consejería a la que se adscribe el Servicio Cántabro de Salud, corresponden las siguientes funciones:

a) Llevar a cabo, a través de la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria, la alta inspección del Servicio Cántabro de Salud, así como la dirección estratégica, la evaluación y el control de los resultados de su actividad.

b) Aprobar las disposiciones de carácter general por las que se desarrollen las funciones a realizar por el Organismo cuando éstas tengan rango normativo de Orden.

c) Proponer al Gobierno de Cantabria el nombramiento del Director Gerente del Organismo.

d) Autorizar los contratos que celebre el Organismo, en los términos previstos en la Ley de creación.

e) Ejercitar la facultad de suspender los acuerdos de los órganos de dirección del Organismo.

f) Remitir a la Consejería de Economía y Hacienda, el anteproyecto de presupuestos del Servicio Cántabro de Salud.

g) Aprobar, previo informe favorable de la Consejería de Economía y Hacienda, la fijación o revisión de la cuantía de los precios públicos derivados de la actividad del Organismo, en los términos previstos en la Ley de Cantabria 9/1992, de 18 de diciembre, de Tasas y Precios Públicos.

h) Cualquier otra competencia atribuida en este Estatuto o por disposición legal o reglamentaria.

CAPÍTULO II

Del Consejo de Dirección

Artículos. *6 a 8.*

CAPÍTULO III

Del Director Gerente, de los Subdirectores y de la estructura orgánica

Artículo 9. *Estatuto jurídico del Director Gerente.*

1. El Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud será nombrado por el Gobierno de Cantabria, a propuesta del Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, de entre personas que reúnan los requisitos de solvencia académica, profesional, técnica y científica necesarios para el desarrollo de su función.

2. El Director Gerente tendrá la consideración de alto cargo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, con rango de Director General.

3. El Director Gerente desempeñará su cargo con dedicación absoluta y estará sometido al régimen de incompatibilidades de altos cargos previsto en la Ley de Canta-bria 5/1984, de 18 de octubre.

4. Si el Director Gerente del Organismo fuera funcionario de carrera pasará a la situación administrativa de servicios especiales. Si fuera personal estatutario o laboral, se estará a lo dispuesto en las respectivas normas de aplicación.

Artículo 10. *Funciones del Director Gerente.*

Corresponden al Director Gerente las siguientes funciones:

a) La dirección, gestión y control de las unidades, de las actividades y del personal del organismo para el cumplimiento de sus fines, de acuerdo con las directrices emanadas de la Consejería competente en materia de sanidad.

b) Ostentar la jefatura inmediata del personal del Organismo.

c) Ostentar la representación legal del Servicio Cántabro de Salud.

d) Elaborar la propuesta de anteproyecto de presupuestos del Organismo.

e) Ejecutar, en las materias que resulten su competencia, los acuerdos del Consejo de Gobierno y del Consejero competente en materia de sanidad.

f) Proponer el ejercicio de las potestades de investigación, deslinde y recuperación de los bienes patrimoniales del Organismo.

g) Coordinar y gestionar la nómina del personal del Servicio Cántabro de Salud.

h) Actuar como órgano de contratación, con las salvedades establecidas en la Ley de creación y en el presente Estatuto.

i) Elevar al Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales la propuesta de disposiciones generales en el ámbito de competencia del Servicio Cántabro de Salud para su aprobación por el órgano competente.

j) Ejercer las reclamaciones administrativas necesarias para la defensa de los derechos e intereses del organismo.

k) Elaborar la propuesta de servicios mínimos en caso de huelga y remitirla a la Consejería competente en materia de sanidad para su ulterior tramitación.

l) Dictar instrucciones y circulares sobre las materias que sean competencia del Organismo.

m) Ejecutar el presupuesto del Organismo, proponiendo o autorizando, en su caso, las modificaciones presupuestarias que sean procedentes, así como autorizando todas las fases de los expedientes de gasto (autorización, disposición y reconocimiento de obligación).

n) Resolver los procedimientos de responsabilidad patrimonial hasta el límite establecido en la legislación vigente.

ñ) Resolver los recursos de alzada contra los actos administrativos dictados por los órganos inferiores del Servicio Cántabro de Salud, así como las reclamaciones previas al ejercicio de las acciones civiles y laborales.

o) Las competencias que pudiera delegarle el Consejo de Gobierno y el Consejero competente en materia de sanidad.

p) El resto de competencias y funciones que le vengan atribuidas por la Ley de creación del Organismo o por disposiciones legales y reglamentarias, así como, en general, cualquier otra función del Servicio Cántabro de Salud no atribuida expresamente a otro órgano de éste.

> Téngase en cuenta que este artículo podrá ser modificado por Decreto publicado únicamente en el "Boletín Oficial de Cantabria", según se establece en la disposición adicional 1.

Artículo 11. *Subdirectores.*

1. Tendrán la consideración de órganos directivos las Subdirecciones que se determinen en la estructura orgánica. Los titulares de estos órganos serán responsables de la ejecución de las tareas asignadas a las unidades que, en su caso, dependan de aquellos.

2. Los titulares de las Subdirecciones del Servicio Cántabro de Salud tendrán la consideración de altos cargos y serán nombrados por el Gobierno de Cantabria a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad. Si los designados fueran funcionarios de carrera o personal estatutario fijo pasarán a la situación administrativa de servicios especiales. Si fueran personal laboral, se estará a lo dispuesto en las respectivas normas de aplicación.

> Téngase en cuenta que este artículo podrá ser modificado por Decreto publicado únicamente en el "Boletín Oficial de Cantabria", según se establece en la disposición adicional 1.

Artículo 12. *Estructura orgánica.*

El resto de órganos y unidades del Servicio Cántabro de Salud se establecerá mediante Decreto del Gobierno de Cantabria por el que, a propuesta del Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, se apruebe la estructura orgánica del Organismo.

CAPÍTULO IV

Del Consejo Asesor de Salud

Artículo 13. *Naturaleza y composición.*

1. El Consejo Asesor de Salud es el órgano de participación comunitaria en el Servicio Cántabro de Salud. Se compone de los siguientes miembros:

a) Presidente: el Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
b) Vicepresidente: el Director General competente en materia asistencia sanitaria.
c) Vocales:

Tres representantes de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
Cuatro representantes de las restantes Consejerías del Gobierno de Cantabria.
Tres representantes del Servicio Cántabro de Salud.
Dos representantes de los municipios de la Comunidad Autónoma.
Dos representantes de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas de la Comunidad Autónoma.

Tres representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el sector sanitario.

Tres representantes de las organizaciones empresariales más representativas en el sector sanitario.

Tres representantes de los colegios profesionales del sector sanitario.

Un representante de la Universidad de Cantabria.

d) Ejercerá como Secretario del Consejo, con voz pero sin voto, un funcionario del Servicio Cántabro de Salud o de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, designado por el Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

> Véase, en cuanto a la composición del Consejo, la disposición adicional 8.1 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre. Ref. BOE-A-2003-323.

2. En cumplimiento del Decreto 19/1986, de 18 de abril, asistirá a las reuniones un letrado de la Dirección General del Servicio Jurídico, quien intervendrá con voz, pero sin voto.

3. Los vocales del Consejo Asesor de Salud, titulares y suplentes, serán nombrados por el Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, con arreglo a los siguientes criterios:

a) Los vocales que representen a la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, a propuesta de los titulares de los Departamentos de la Administración Autonómica que se integren en el Consejo.

b) Los vocales que representen a los municipios, a propuesta de la Federación de Municipios de Cantabria.

c) Los restantes vocales, a propuesta del órgano competente de la respectiva organización o de los órganos unitarios de representación.

4. En el seno del Consejo Asesor se podrán constituir comisiones para materias específicas.

> Téngase en cuenta que los apartados 1 y 3 podrán ser modificados por Decreto publicado únicamente en el "Boletín Oficial de Cantabria", según se establece en la disposición adicional 1.

Artículo 14. *Funciones.*

El Consejo Asesor de Salud desempeñará las siguientes funciones:

a) Asesorar y formular propuestas a los órganos de dirección y gestión del Servicio Cántabro de Salud sobre los asuntos relacionados con la atención sanitaria y la protección y promoción de la salud.

b) Velar para que las actuaciones de todos los servicios, centros y establecimientos sanitarios satisfagan las necesidades del sistema sanitario, se acomoden a la normativa sanitaria y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público.

c) Conocer la propuesta de anteproyecto de presupuestos del Servicio Cántabro de Salud.

d) Conocer e informar la memoria anual del Servicio Cántabro de Salud previamente a su aprobación.

e) Conocer e informar los planes estratégicos del Servicio Cántabro de Salud previamente a su aprobación, así como conocer sus revisiones, adaptaciones y estado de ejecución de los mismos.

f) Fomentar e incentivar la participación ciudadana.

g) Informar los proyectos de disposiciones reglamentarias que se dicten en desarrollo de esta Ley, que le sean sometidos.

h) Elaborar su propio reglamento de organización y de funcionamiento que deberá ser aprobado mediante Decreto del Gobierno de Cantabria.

i) Conocer e informar la cartera de servicios del Servicio Cántabro de Salud, con carácter previo a su aprobación por la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

j) Realizar cualquier otra función que le sea atribuida legal o reglamentariamente.

Véase, en cuanto a las funciones del Consejo, la disposición adicional 8.2 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre. Ref. BOE-A-2003-323.

Artículo 15. *Funcionamiento.*

1. El Consejo Asesor de Salud se reunirá, con carácter ordinario, dos veces al año. Con carácter extraordinario, se reunirá cuando así lo acuerde su Presidente, por decisión propia, o a petición de, al menos, la mayoría absoluta de sus miembros.

2. El Consejo podrá aprobar, por mayoría de dos tercios, su propio reglamento de organización y funcionamiento interno, el cual deberá respetar las disposiciones reguladoras de los órganos colegiados previstas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la Ley 2/1997, de 28 de abril, de Régimen Jurídico del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, así como lo dispuesto en el presente Estatuto y en las demás disposiciones concordantes.

3. El Presidente del Consejo podrá invitar a participar en los trabajos del Consejo Asesor de Salud, en calidad de expertos, a cualquier persona de reconocida competencia en asuntos incluidos en el correspondiente orden del día, quienes únicamente participaran sin derecho a voto en las deliberaciones de la cuestión que haya motivado su presencia.

4. Los vocales del Consejo están obligados a guardar secreto respecto de las informaciones de que hayan tenido conocimiento por razón de su cargo, cuando el Presidente o miembro en quien delegue, les comunique que el informe solicitado o el asunto planteado se refiere a una materia de carácter confidencial.

5. En defecto de disposiciones específicas, el régimen de funcionamiento del Consejo Asesor de Salud se ajustará a las normas reguladoras de los órganos colegiados contenidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en la Ley de Cantabria 2/1997, de 28 de abril, de Régimen Jurídico del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

TÍTULO IV

Recursos humanos

Artículo 16. *Personal directivo.*

Los Subdirectores, en su condición de personal directivo del Organismo, serán responsables de la adecuada ejecución de tareas asignadas a las respectivas unidades que dependan de los mismos.

Artículo 17. *Relaciones de puestos de trabajo y plantillas orgánicas.*

1. El Servicio Cántabro de Salud propondrá, a través de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, las correspondientes relaciones de puestos de trabajo, que se aprobarán mediante Decreto del Gobierno de Cantabria.

2. El procedimiento para la aprobación y modificación de las plantillas orgánicas del Servicio Cántabro de Salud será el establecido mediante Decreto del Gobierno de Cantabria, sin perjuicio de lo establecido en la disposición transitoria primera de la Ley de creación.

Artículo 18. *Régimen de personal.*

1. El Director Gerente será competente, respecto del personal del Servicio Cántabro de Salud, en materia de vacaciones, licencias y permisos.

> Téngase en cuenta que el apartado 1 podrá ser modificado por Decreto publicado únicamente en el "Boletín Oficial de Cantabria", según se establece en la disposición adicional 1.

2. La selección del personal del Servicio Cántabro de Salud se realizará mediante convocatoria pública basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad.
3. El personal del Servicio Cántabro de Salud estará sujeto al régimen de incompatibilidades previsto en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, y en las respectivas normas que les resulten de aplicación según la naturaleza de su relación jurídica.

Artículo 19. *Deber de sigilo.*

El personal del Servicio Cántabro de Salud deberá mantener sigilo, incluso después de haber cesado en sus funciones, sobre los datos que haya podido conocer en el desempeño de sus tareas, y no hacer uso indebido de la información obtenida, siéndole de aplicación las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

TÍTULO V

Patrimonio y recursos económicos

Artículo 20. *Patrimonio.*

1. El patrimonio del Servicio Cántabro de Salud estará integrado por los bienes y derechos que se le atribuyen en su Ley de creación y por los que adquiera con posterioridad en virtud de cualquier título. La adquisición y la gestión de la propiedad industrial e intelectual, derivada de su propia actividad, podrá articularse mediante convenio con una entidad del sector público sin ánimo de lucro.
2. El inventario de bienes y derechos de la entidad se rectificará, en su caso, anualmente con referencia al treinta y uno de diciembre y se someterá a la aprobación del Consejo de Administración.

Artículo 21. *Recursos económicos.*

1. Además de los recursos económicos previstos en la Ley de creación, el Organismo podrá proponer el establecimiento de tasas y precios públicos por los servicios que preste, en los términos previstos en la Ley de Cantabria 9/1992, de 18 de diciembre, de Tasas y Precios Públicos.
2. Los ingresos derivados de su actividad propia estarán vinculados a la satisfacción de los costes y al cumplimiento de los fines del Organismo.

TÍTULO VI

Contratación, régimen económico-financiero y control

Artículo 22. *Contratos.*

1. El órgano de contratación del Servicio Cántabro de Salud será su Director Gerente, sin perjuicio de las competencias que correspondan al Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales y al Gobierno de Cantabria, de acuerdo con la Ley de creación.

2. Se crea una Mesa de Contratación en el seno del Servicio Cántabro de Salud. Dicha Mesa tendrá la composición que reglamentariamente se determine, debiendo figurar necesariamente entre sus vocales una persona funcionaria de entre quienes tengan atribuido el asesoramiento jurídico y una persona representante de la Intervención General.

3. Los contratos menores celebrados por el Servicio Cántabro de Salud se publicarán en el Boletín Oficial de Cantabria con periodicidad trimestral.

Artículo 23. *Presupuestos.*

El Servicio Cántabro de Salud elaborará anualmente, antes del treinta de junio de cada ejercicio, un anteproyecto de presupuestos con la estructura que se señale por la Consejería de Economía y Hacienda, y lo remitirá a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales para su examen, modificación, en su caso, y posterior elevación a la Consejería de Economía y Hacienda.

Artículo 24. *Contabilidad.*

1. El Servicio Cántabro de Salud queda sometido al régimen de contabilidad pública.

2. Sus cuentas serán elaboradas de acuerdo con las normas del Plan General de Contabilidad Pública para Cantabria y con las adaptaciones de dicho Plan que pudieran establecerse.

3. La sujeción al régimen de contabilidad pública lleva consigo la obligación de rendir cuentas de las respectivas operaciones, cualquiera que sea su naturaleza, al Tribunal de Cuentas, por conducto de la Intervención General de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Artículo 25. *Régimen tributario.*

El Servicio Cántabro de Salud, en cuanto Organismo autónomo de la Comunidad Autónoma de Cantabria, gozará de las exenciones y beneficios fiscales previstos en la legislación vigente.

Artículo 26. *Control.*

1. El control de eficacia del Servicio Cántabro de Salud será llevado a cabo por la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

2. Con independencia de lo establecido en el apartado anterior, el control interno se ejercerá mediante la modalidad de control financiero, que podrá tener carácter permanente, sin perjuicio de que, por el Gobierno de Cantabria, a propuesta del Consejero de Economía y Hacienda y previo informe de la Intervención General, se establezca la función interventora en los centros de gestión, áreas de gasto o fases de control que se determinen.

TÍTULO VII

Responsabilidad patrimonial, impugnaciones, revisión de oficio y representación y defensa en juicio

Artículo 27. *Responsabilidad patrimonial.*

1. En materia de responsabilidad patrimonial regirán las normas contenidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

2. Los procedimientos de responsabilidad patrimonial por el funcionamiento del Servicio Cántabro de Sºalud serán resueltos por el Director Gerente del Organismo hasta el límite establecido en la legislación vigente y por el Gobierno de Cantabria en los demás casos.

Artículo 28. *Recursos administrativos.*

1. Contra los actos administrativos dictados por el Consejo de Dirección y el Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud en el ejercicio de potestades administrativas podrá interponerse recurso de alzada ante el Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios

Sociales, en los términos previstos en la Ley 30/ 1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

2. Contra los actos dictados por los restantes órganos del Servicio Cántabro de Salud en el ejercicio de potestades administrativas podrá interponerse recurso de alzada ante el Director Gerente.

Artículo 29. *Reclamaciones previas.*

Las reclamaciones previas al ejercicio de las acciones civiles y laborales serán resueltas por el Director Gerente.

Artículo 30. *Revisión de oficio.*

El Gobierno de Cantabria será el órgano competente para la revisión de oficio de los actos nulos y la declaración de lesividad de los actos anulables dictados por los órganos unipersonales y colegiados del Servicio Cántabro de Salud.

Artículo 31. *Representación y defensa en juicio.*

La representación y defensa en juicio del Servicio Cántabro de Salud corresponderá a los letrados de la Dirección General del Servicio Jurídico de la Consejería de Presidencia, en los términos previstos en el artículo 447 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

§ 20

Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura. [Inclusión parcial]

Comunidad Autónoma de Extremadura
«DOE» núm. 59, de 25 de marzo de 2011
«BOE» núm. 88, de 13 de abril de 2011
Última modificación: 27 de julio de 2020
Referencia: BOE-A-2011-6650

[. . .]

TÍTULO VI

Recursos y procedimientos en salud pública

CAPÍTULO I

De la cartera de servicios

Artículo 44. *Cartera de Servicios de Salud Pública.*

La Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Extremadura es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hace efectiva la prestación de salud pública a la población.

La cartera de servicios será dinámica, adaptándose de forma continuada a los nuevos problemas y necesidades de salud. Así mismo, deberá estar integrada dentro de la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Artículo 45. *Prestaciones de la cartera de servicios de salud pública.*

Las prestaciones de la Cartera de Servicios de Salud Pública en la Comunidad Autónoma de Extremadura serán las siguientes:

a) Sistemas de información y vigilancia en salud pública.
b) Promoción y educación para la salud.
c) Prevención de las enfermedades, de las deficiencias y de los problemas de salud.
d) Protección de la salud, que englobará la salud laboral, la salud alimentaria y la salud ambiental, con especial atención al control de la zoonosis.
e) Salud comunitaria, que comprenderá las actividades de sanidad mortuoria y de control sanitario de centros, establecimientos y servicios.
f) Servicio de laboratorio de salud pública.
g) Planificación sanitaria.

h) Todas aquellas que se determinen expresamente por la Comunidad Autónoma o que se incluyan en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud

CAPÍTULO II

De los laboratorios de salud pública

Artículo 46. *Laboratorios de salud pública.*

Los laboratorios de salud pública, de titularidad pública o privada, acreditados de conformidad con la normativa vigente, realizarán actividades analíticas de interés sanitario de los productos o sustancias de consumo público, de los agentes o elementos presentes en el medio ambiente y de otros tipos de muestras que tengan incidencia directa o indirecta en la salud pública.

Artículo 47. *Funciones y programas de actuación.*

1. Los laboratorios de salud pública realizarán las funciones contempladas en el siguiente apartado para satisfacer las necesidades analíticas que se originen en los siguientes programas de actuación:

a) Programas de salud alimentaria.
b) Programas de protección y promoción de la salud ambiental.
c) Programas de investigación de los brotes de origen alimentario y ambiental.
d) Programas que expresamente se determinen por la autoridad sanitaria competente.

2. Los laboratorios de salud pública de Extremadura realizarán las siguientes funciones:

a) Realización de analíticas para el control de alimentos, aguas y elementos ambientales.
b) Soporte analítico a la investigación de brotes epidémicos o alertas sanitarias.
c) Soporte analítico a estudios de evaluación de programas sanitarios.
d) Todas aquellas que normativamente se determinan.

CAPÍTULO III

Intervención administrativa en materia de salud pública

Artículo 48. *Intervención administrativa.*

Se entiende por intervención administrativa en salud pública las acciones que las autoridades sanitarias puedan desarrollar en relación con las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud con el fin de evitar riesgos y garantizar la misma respetando los principios de igualdad y proporcionalidad.

Artículo 49. *Mecanismos de intervención.*

1. Las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud, serán sometidas por los órganos competentes de la Administración Autonómica a limitaciones preventivas de carácter administrativo, de acuerdo con la normativa básica del Estado.
2. La exigencia de autorizaciones sanitarias así como la obligación de someter a registro establecimientos, servicios, instalaciones o industrias, actividades y productos serán establecidas reglamentariamente.
3. Las autorizaciones sanitarias y los registros obligatorios que se establezcan, en virtud de la habilitación contenida en el apartado anterior, deberán cumplir las condiciones siguientes:

a) No resultarán discriminatorios ni directa ni indirectamente en función de la nacionalidad o, por lo que se refiere a sociedades, por razón de la ubicación del domicilio social.

b) Deberán estar justificados en la protección de la salud pública.

c) Se cuidará que el régimen que se establezca sea el instrumento adecuado para garantizar la consecución del objetivo de protección de la salud pública, y no vaya más allá de lo necesario para conseguirlo, así como que no pueda sustituirse por otras medidas menos restrictivas que permitan obtener el mismo resultado.

d) Los procedimientos y trámites para la obtención de las autorizaciones o registros a los que se refiere esta ley deberán ser claros e inequívocos, objetivos, transparentes, proporcionados al objetivo de protección de la salud pública y darse a conocer con antelación.

4. Deberán establecerse, asimismo, prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.

5. Cuando la actividad desarrollada tenga una repercusión excepcional y negativa en la salud de los ciudadanos, las Administración Autonómica, a través de sus órganos competentes podrá decretar la intervención administrativa pertinente, con el objeto de eliminar aquélla. La intervención sanitaria no tendrá más objetivo que la eliminación de los riesgos para la salud colectiva y cesará tan pronto como aquellos queden excluidos.

Artículo 50. *Obligaciones.*

1. Las Administraciones Públicas, las entidades o instituciones privadas así como los particulares tienen el deber de colaborar con las autoridades sanitarias cuando sea necesario para la efectividad de las acciones de intervención adoptadas en el ejercicio de sus competencias.

2. La comparecencia de los ciudadanos ante las oficinas públicas, cuando sea necesaria para la protección de la salud pública, será obligatoria. En todo caso, el requerimiento de comparecencia deberá ser motivado.

Artículo 51. *Medidas especiales.*

1. La autoridad sanitaria competente, en el ejercicio de sus competencias, podrá adoptar cuantas medidas especiales resulten necesarias para proteger y garantizar la salud de la población, o prevenir su pérdida o deterioro, cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad, sin perjuicio de la competencia de la Administración del Estado o de otros órganos de la Administración Autonómica para adoptar medidas en situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública/o en materia de protección civil.

2. Cuando existan indicios fundados de la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupos de personas podrá, la autoridad sanitaria competente, acordar medidas de reconocimiento, tratamiento, profilaxis, hospitalización o control individual así como el aislamiento sanitario mediante resolución motivada.

3. La adopción de las medidas que en el ejercicio de su competencia adopte la autoridad sanitaria que impliquen privación o restricción de la libertad personal o de otro derecho fundamental será objeto de fiscalización por la jurisdicción contencioso-administrativa mediante el procedimiento para la protección de los derechos fundamentales de la persona regulado en la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

4. En todo caso, las medidas adoptadas de conformidad con lo dispuesto en los apartados anteriores, que no tienen el carácter de sanción, se mantendrán estrictamente hasta la desaparición de la situación de riesgo que motivó su adopción.

Artículo 52. *Medidas provisionales.*

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, las medidas provisionales que podrán adoptar las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus competencias cuando existan indicios fundados de riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población son:

a) El cierre de centros, establecimientos, servicios, industrias o instalaciones.

b) La suspensión temporal de actividades.

c) Prohibición de realizar actividades.

d) Inmovilización de productos.
e) Intervención de medios materiales.
f) Intervención de medios personales.
g) Prohibición de comercialización o retirada del mercado de productos.
h) Aquellas que se determinen expresamente por la autoridad sanitaria competente en función de la naturaleza del riesgo.

2. El cierre de centros, establecimientos, servicios, industrias o instalaciones así como la suspensión temporal de actividades podrá ser acordada por incumplimiento de los requisitos exigidos por la normativa vigente o por la falta de la preceptiva autorización administrativa.
3. Cuando los indicios fundados de riesgo para la salud de la población se deriven de la intervención de una o varias personas determinadas en el proceso de producción, transformación, almacenamiento, distribución o venta de bienes o de prestación de servicios podrá acordar la prohibición de su participación en el mismo por el tiempo necesario hasta la desaparición del riesgo.
4. Cuando se haya adoptado como medida la prohibición de comercialización o retirada del mercado de productos, se podrá acodar asimismo por la autoridad sanitaria competente la destrucción del producto o lote de productos.
5. La adopción de las medidas contempladas en las letras d) y e) del apartado primero comportará la prohibición de manipulación, traslado o disposición en cualquier forma de los productos inmovilizados o intervenidos por la autoridad sanitaria.
6. En todo caso, deberán adoptarse las medidas que menos perjudiquen al principio de libre de circulación de personas y bienes, la libertad de empresas y cualesquiera otros derechos afectados.
7. Cuando se trate de medicamentos y productos sanitarios, la autoridad sanitaria competente deberá comunicar de inmediato las medidas cautelares adoptadas a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
8. En el supuesto de establecimientos, instalaciones e industrias dedicadas al aprovechamiento, investigación y explotación de yacimientos minerales y demás recursos geológicos, se estará a lo dispuesto en la normativa vigente en esta materia.
9. Las medidas adoptadas de conformidad con lo dispuesto en los apartados anteriores, que no tienen el carácter de sanción, se mantendrán, estrictamente, hasta la desaparición de la situación de riesgo que motivó su adopción.

Artículo 53. *Tramitación.*

1. Las medidas provisionales previstas en el artículo anterior serán acordadas por la autoridad sanitaria competente mediante resolución motivada cuando existan indicios fundados de riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población.
2. Las medidas provisionales acordadas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas en el acuerdo de iniciación del procedimiento administrativo correspondiente que deberá efectuarse dentro de los quince días siguientes a su adopción.

CAPÍTULO IV

De la supervisión, vigilancia y control de actividades

Artículo 54. *Actuaciones de vigilancia y control sanitario.*

1. Las autoridades sanitarias competentes velarán especialmente por el cumplimiento de la normativa vigente mediante la organización y el seguimiento de las actuaciones de vigilancia y control sanitario de los centros, establecimientos, productos y servicios con la finalidad de prevenir, eliminar o reducir los riesgos para la salud del conjunto de la población.
2. A tales efectos, la autoridad sanitaria competente y los agentes de la autoridad, debidamente acreditados, podrán realizar las auditorias, inspecciones, investigaciones y los exámenes que estimen necesarios así como tomar o sacar muestras para su posterior análisis.
3. En el ejercicio de las funciones de inspección los agentes de la autoridad podrán entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en los centros y

establecimientos sujetos a la presente ley, siempre y cuando no ostenten la condición de domicilio.

Artículo 55. *Valor probatorio de las actuaciones.*

Los hechos constatados directamente por los agentes de la autoridad sanitaria que se formalicen en documento administrativo observando los requisitos legales pertinentes tendrán valor probatorio, sin perjuicio de las pruebas que en el ejercicio de sus derechos e intereses puedan aportar los interesados.

[. . .]

§ 21

Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. [Inclusión parcial]

Comunidad Autónoma de Galicia
«DOG» núm. 143, de 24 de julio de 2008
«BOE» núm. 202, de 21 de agosto de 2008
Última modificación: 31 de diciembre de 2024
Referencia: BOE-A-2008-14134

[. . .]

TÍTULO VI

Del Servicio Gallego de Salud

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 92. *Naturaleza.*

1. Para el adecuado desarrollo de las competencias que en el ámbito sanitario corresponden a la Comunidad Autónoma de Galicia se configura el Servicio Gallego de Salud, creado por la Ley 1/1989, como un organismo autónomo de naturaleza administrativa, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

2. El Servicio Gallego de Salud está adscrito a la Consellería de Sanidad, que ejercerá sobre él las facultades de dirección, vigilancia y tutela y, en particular, el ejercicio de las potestades reglamentarias y de organización que le atribuyen la presente ley y las restantes disposiciones que sean de aplicación.

3. El Servicio Gallego de Salud se regirá por lo establecido en la presente ley y normas dictadas en su desarrollo y por las restantes disposiciones que le sean de aplicación. En materia de contratación, el servicio se rige por lo recogido en la legislación sobre contratos de las administraciones públicas. La contratación de servicios sanitarios se regirá por sus normas específicas.

4. El Servicio Gallego de Salud y la totalidad de entidades adscritas al mismo disfrutan de la reserva de nombres y de los beneficios, exenciones y franquicias de cualquier clase y naturaleza que las leyes atribuyen a la Xunta de Galicia y a las entidades públicas encargadas de la gestión de la Seguridad Social.

5. El objetivo del Servicio Gallego de Salud es la provisión de los servicios y prestaciones de atención sanitaria individual de cobertura pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, dentro del marco básico de financiación del Sistema Público de Salud de Galicia, garantizando los derechos sanitarios reconocidos en la presente ley.

[. . .]

Artículo 94. *Funciones.*

Para la consecución de su objetivo, el Servicio Gallego de Salud desarrolla, bajo la supervisión y control de la Consellería de Sanidad, las funciones siguientes:

a) La prestación directa de asistencia sanitaria en sus propios centros, servicios y establecimientos o en los adscritos al servicio.

b) El desarrollo de los programas de actuación sanitaria.

c) El gobierno, dirección y gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios propios o adscritos al Servicio Gallego de Salud.

d) La planificación, coordinación y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros asignados al servicio para el cumplimiento de sus fines.

e) La introducción de nuevas técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, previa evaluación de los mismos en términos de eficacia, seguridad, coste e impacto desde el punto de vista bioético.

f) La promoción de la docencia e investigación en ciencias de la salud en el ámbito de los centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales.

g) El establecimiento de la cartera de servicios que presta cada uno de los centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales propios o adscritos, con arreglo a lo previsto en el artículo 60.º de la presente ley.

h) La gestión de la cartera de servicios a que se refiere el apartado anterior.

i) El desarrollo de programas de calidad y mejora de la práctica clínica y de mejora de gestión.

j) La gestión de las prestaciones farmacéuticas y complementarias que corresponda en el ámbito de sus competencias.

k) La celebración de contratos de servicios sanitarios con organizaciones, centros, servicios y establecimientos, públicos y privados, para la consecución de los objetivos asistenciales fijados.

l) La aprobación de los planes, programas, directrices y criterios de actuación a que han de someterse los centros, servicios y establecimientos incluidos en el Servicio Gallego de Salud, así como el ejercicio de la supervisión y control respecto a éstos.

m) La elaboración, desarrollo y evaluación de los programas sanitarios del Servicio Gallego de Salud.

n) La definición, comunicación y establecimiento de objetivos y garantías de los criterios de gestión de los servicios sanitarios que preste el Servicio Gallego de Salud.

o) La definición, planificación y compra de actividades sanitarias que desarrolle el Servicio Gallego de Salud en cumplimiento de sus fines.

p) La planificación, generación, puesta a disposición y evaluación de los recursos que precise en cumplimiento de sus fines.

q) El establecimiento, gestión y actualización de los acuerdos, convenios y contratos, cualquiera que sea su tipología y modalidad, con terceras entidades titulares de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

[. . .]

§ 22

Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears. [Inclusión parcial]

Comunidad Autónoma de las Illes Balears
«BOIB» núm. 55, de 22 de abril de 2003
«BOE» núm. 110, de 8 de mayo de 2003
Última modificación: 30 de diciembre de 2023
Referencia: BOE-A-2003-9336

[. . .]

Artículo 20. *El Defensor de los usuarios.*

1. Se crea el Defensor de los usuarios del Sistema Sanitario Público de las Illes Balears como el órgano encargado de la defensa de los derechos de estos usuarios, que desarrollará sus funciones con plena autonomía funcional.
2. El Defensor de los usuarios quedará adscrito a la consejería competente en materia sanitaria y dará cuentas de sus actuaciones, anualmente, al Consejo de Salud de las Illes Balears.

Artículo 21. *Designación.*

El Defensor de los usuarios será nombrado por el Consejo de Gobierno, oído el Consejo de Salud, por un período de cinco años, entre juristas de reconocida competencia o profesionales con experiencia en la administración sanitaria.

Artículo 22. *Actuaciones.*

1. El Defensor de los usuarios podrá actuar de oficio o a solicitud de cualquier persona natural que invoque un interés legítimo.
2. Las actuaciones a realizar por el Defensor de los usuarios pueden ser del tipo siguiente:

a) Atender las reclamaciones, quejas o denuncias presentadas dentro del ámbito sanitario.
b) Iniciar las investigaciones correspondientes para aclararlas.
c) Formular sugerencias, propuestas o recomendaciones a la administración y a las entidades privadas con el fin de adecuar sus actuaciones a lo que prevé esta ley.
d) Mantener entrevistas con las personas de la administración que sean objeto de la denuncia, la reclamación o la queja de los usuarios.
e) Emitir anualmente informe al Consejo de Salud del resultado de sus actuaciones.

3. En su investigación, el Defensor de los usuarios podrá solicitar de las administraciones competentes la información detallada que considere necesaria, quedando garantizada la más absoluta reserva y confidencialidad en su actuación.

4. Si de las actuaciones realizadas por el Defensor de los usuarios del Sistema Sanitario Público de las Illes Balears en el estudio de las reclamaciones, quejas o denuncias presentadas se deduce la posible existencia de responsabilidad administrativa, se elevará su propuesta al Consejo de Salud.

Artículo 23. *Régimen jurídico.*

Reglamentariamente el Consejo de Gobierno establecerá la estructura del órgano, así como las incompatibilidades, la situación administrativa y el régimen que le sea de aplicación.

[. . .]

TÍTULO V

El Servicio de Salud de las Illes Balears

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 64. *Naturaleza.*

1. El Servicio de Salud de las Illes Balears es un ente público de carácter autónomo, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, y con plena capacidad para actuar en el cumplimiento de sus fines, al que se confía la gestión de los servicios públicos sanitarios de carácter asistencial de las Illes Balears.

2. Esta entidad se adscribe a la consejería competente en materia de sanidad.

Artículo 65. *Principios informadores.*

1. La organización y el funcionamiento del Servicio de Salud han de adecuarse a los principios de desconcentración, descentralización, coordinación y responsabilidad en la gestión, de acuerdo con la concepción integral e integrada del sistema sanitario.

2. Asimismo, la actuación de la entidad ha de basarse en el reconocimiento de la eficiencia como un requisito para la equidad en la distribución social de los recursos públicos, que se han de administrar garantizando los derechos de información y participación de los ciudadanos.

3. La ley garantiza la accesibilidad de todos los usuarios a los servicios sanitarios asistenciales.

Artículo 66. *Objetivos fundamentales.*

Son objetivos fundamentales del Servicio de Salud:

a) Participar en la definición de las prioridades de la atención sanitaria a partir de las necesidades de salud de la población y dar efectividad al catálogo de prestaciones y servicios que se pondrá al servicio de la población con la finalidad de proteger la salud.

b) Distribuir, de manera óptima, los medios económicos asignados a la financiación de los servicios y de las prestaciones sanitarias.

c) Garantizar que las prestaciones se gestionen de manera eficiente.

d) Garantizar, evaluar y mejorar la calidad del servicio al ciudadano, tanto en la asistencia como en el trato.

e) Promover la participación de los profesionales en la gestión del sistema sanitario balear y fomentar la motivación profesional.

f) Fomentar la formación, la docencia y la investigación en el ámbito de la salud.

Artículo 67. *Gestión de los servicios.*

1. El Servicio de Salud ha de desarrollar sus funciones en el marco de las directrices y prioridades de la política sanitaria general, de acuerdo con los criterios generales establecidos en la planificación sanitaria correspondiente.

2. Para el desarrollo más eficaz de su gestión, el Servicio puede:

a) Ejercer sus funciones directamente mediante los organismos existentes o que puedan crearse a tal efecto, de acuerdo con la legislación reguladora del sector público.

b) Formalizar acuerdos, convenios u otras fórmulas de gestión integrada o compartida con otras entidades públicas o privadas, encaminados a una óptima coordinación y al mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios disponibles.

Artículo 68. *Relaciones con la Administración de la comunidad autónoma.*

1. La consejería competente en materia de sanidad orienta y coordina la actuación del Servicio de Salud:

a) Participa en los órganos de gobierno de la entidad.

b) Establece planes, programas y directrices de carácter vinculante.

c) Aprueba la propuesta de anteproyecto de presupuesto de la entidad.

d) Asigna los recursos económicos en función de los objetivos establecidos.

e) Ejerce las funciones que autorizan, evaluadoras y de control que establece el ordenamiento jurídico.

f) Requiere información sobre la actuación de la entidad.

2. Las relaciones ordinarias entre la consejería y el Servicio de Salud se llevan a cabo:

a) Directamente entre los órganos que sean competentes en cada caso en ambas instancias.

b) Por medio de los órganos de gobierno de la entidad en los que hay representación de la consejería.

c) Por medio de los órganos de coordinación y colaboración que se establezcan de acuerdo con los estatutos de la entidad.

CAPÍTULO II

Estructura y organización

Artículo 69. *Estructura y organización.*

1. El Servicio de Salud de las Illes Balears se estructura, de acuerdo con esta ley y sus Estatutos, en órganos de dirección y órganos de gestión.

2. De acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior, son órganos de dirección del Servicio de Salud de las Illes Balears el Consejo de Dirección del Servicio de Salud, la Dirección General, la Secretaría General, la Dirección de Asistencia Sanitaria, la Dirección de Gestión y Presupuestos, la Dirección de Recursos Humanos y Relaciones Laborales y las gerencias territoriales.

3. La composición del Consejo de Dirección del Servicio de Salud de las Illes Balears incluirá la presencia de la persona titular de la consejería competente en materia de salud, que ejercerá la Presidencia del Consejo, así como de las personas titulares de la Dirección General, de la Secretaría General y de las gerencias territoriales del Servicio de Salud, y otros cinco vocales designados por el Consejo de Gobierno a propuesta de la persona titular de la consejería competente en materia de salud.

El Consejo de Dirección del Servicio de Salud de las Illes Balears ejercerá las siguientes funciones:

a) Fijar los criterios de actuación del Servicio de Salud, de acuerdo con las directrices de la consejería competente en materia de salud.

b) Establecer los criterios para la coordinación de todo el dispositivo sanitario de carácter público o colaborador de éste, en el ámbito de las competencias gestionadas por el Servicio

de Salud, así como adoptar las medidas necesarias para la mejor ejecución y desarrollo de éstas.

c) Aprobar y elevar a la consejería competente en materia de salud la propuesta de anteproyecto de presupuesto anual del Servicio de Salud y de sus organismos dependientes, para la aprobación y posterior tramitación por parte de ésta, de acuerdo con las previsiones contenidas al respecto en el Decreto Legislativo 1/2005, de 24 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Finanzas de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

d) Formular y aprobar las cuentas anuales del Servicio de Salud.

e) Aprobar el programa anual de inversiones y elevar los programas de actuación, proyectos de planes, obras y servicios a la consejería competente en materia de salud.

f) Aprobar la memoria anual de la gestión del Servicio de Salud, que deberá enviarse al Parlamento de las Illes Balears para conocimiento de los grupos parlamentarios.

g) Aprobar como definitivo el borrador de decreto de modificación de los Estatutos del Servicio de Salud, o la aprobación de nuevos, y adoptar las medidas necesarias para su desarrollo.

h) Elevar a la consejería competente en materia de salud la propuesta de modificación de la relación de puestos de trabajo como plantilla autorizada del Servicio de Salud, en los supuestos en que la modificación suponga un incremento de gasto, para su aprobación.

i) Aceptar las herencias, los legados o las donaciones a favor del Servicio de Salud.

j) Decidir el ejercicio de acciones ante los órganos judiciales y la interposición de recursos administrativos.

k) Emitir, con carácter previo, un informe sobre los proyectos de decreto para la delimitación de las zonas básicas de salud.

4. La Dirección General y la Secretaría General serán nombradas y cesadas por decreto del Consejo de Gobierno, a propuesta de la persona titular de la consejería competente en materia de salud y tienen, en todo caso, la consideración de órganos directivos, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 7/2010, de 21 de julio, del sector público instrumental de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears. Asimismo, ambos tendrán la consideración de altos cargos de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, desarrollarán su cargo en régimen de dedicación exclusiva y quedarán sometidos al régimen de incompatibilidades de los altos cargos establecido en la Ley 2/1996, de 19 de noviembre.

5. La Dirección General del Servicio de Salud será el órgano superior de dirección y gestión del ente. La Dirección General del Servicio de Salud podrá ser ejercida por un órgano directivo asimilado en rango, cuyo titular será un funcionario público.

6. La Secretaría General será, en todo caso, un órgano directivo y de apoyo administrativo y técnico del resto de órganos directivos y de gestión del Servicio de Salud.

7. Las competencias de la Dirección General y de la Secretaría General del Servicio de Salud serán las que se determinen en los Estatutos del Servicio de Salud de las Illes Balears.

8. Dentro de la estructura de los servicios centrales del Servicio de Salud, serán órganos unipersonales de dirección la Dirección de Asistencia Sanitaria, la Dirección de Gestión y Presupuestos y la Dirección de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Las personas titulares de estos órganos unipersonales de dirección serán nombradas y separadas libremente mediante una resolución de la persona titular de la consejería competente en materia de salud, sin perjuicio de que deba formalizarse también un contrato laboral especial de alta dirección. El personal funcionario o estatutario que sea nombrado para ocupar uno de estos órganos unipersonales de dirección quedará en situación de servicios especiales a los efectos de lo dispuesto en la legislación de función pública que les resulte de aplicación.

9. Dentro de la estructura periférica del Servicio de Salud de las Illes Balears, serán órganos unipersonales de dirección las gerencias territoriales. Las personas titulares de las gerencias territoriales serán nombradas y separadas libremente mediante una resolución de la persona titular de la consejería competente en materia de salud, sin perjuicio de que deba formalizarse también un contrato laboral especial de alta dirección. El personal funcionario o estatutario que sea nombrado para ocupar uno de estos órganos unipersonales de dirección

quedará en situación de servicios especiales a los efectos de lo dispuesto en la legislación de función pública que les resulte de aplicación.

10. Serán órganos de gestión el resto de órganos del Servicio de Salud que dependen de los órganos de dirección a que se refieren los apartados anteriores de este artículo y se estructuran bajo su dependencia orgánica y funcional, de conformidad con lo establecido en los Estatutos. Las personas titulares de estos órganos tendrán la consideración de personal directivo profesional, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley 7/2010.

Artículo 69 bis. *Disposiciones específicas relativas al nombramiento y al cese de los órganos unipersonales de dirección y de gestión del Servicio de Salud de las Illes Balears.*

1. El nombramiento y el cese de los órganos unipersonales de dirección y de gestión del Servicio de Salud de las Illes Balears se regirán por lo dispuesto en esta ley, en los Estatutos del ente y en la Ley 7/2010, de 21 de julio, del sector público instrumental de la comunidad autónoma de las Illes Balears, sin perjuicio de las disposiciones específicas que se establecen en los apartados siguientes de este artículo.

2. Las convocatorias de selección del personal directivo profesional correspondiente a los órganos de gestión del Servicio de Salud de las Illes Balears deberán ser objeto de un informe previo de la dirección general competente en materia de función pública. Este informe no será preceptivo cuando la convocatoria de selección se ajuste a un modelo sobre el cual dicha consejería haya informado previa y favorablemente. En este caso, la Secretaría General del Servicio de Salud de las Illes Balears deberá certificar, antes de la publicación de cada convocatoria, que la misma se ajusta a ese modelo.

3. Las direcciones generales competentes en materia de función pública y de presupuestos deberán informar previamente sobre los contratos de alta dirección de los órganos unipersonales de dirección y de gestión del Servicio de Salud de las Illes Balears.

4. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, el informe de la dirección general competente en materia de función pública no será preceptivo cuando el contrato se ajuste a un modelo sobre el cual dicha dirección general haya informado previa y favorablemente. En este caso, la Secretaría General del Servicio de Salud de las Illes Balears deberá certificar, antes de la firma de cada contrato, que el mismo se ajusta a dicho modelo y, una vez firmado, remitirá una copia a la dirección general competente en materia de función pública.

5. Tampoco será preceptivo el informe de la dirección general competente en materia de presupuestos cuando dicha dirección general haya informado favorablemente sobre las tablas retributivas del personal directivo del Servicio de Salud de las Illes Balears antes de que las haya aprobado el Consejo de Dirección. En este caso, la Secretaría General del Servicio de Salud de las Illes Balears deberá certificar, antes de la firma de cada contrato, que la retribución propuesta se ajusta a lo establecido en las citadas tablas retributivas y que existe crédito adecuado y suficiente para efectuar la contratación. Asimismo remitirá una copia del contrato firmado a la dirección general competente en materia de presupuestos.

6. Los contratos de alta dirección deberán prever expresamente que el cese de la persona titular de la consejería competente en materia de salud implicará la extinción de la relación laboral, ya sea de manera inmediata o bien diferida a una fecha cierta a contar desde el cese de dicha persona. No obstante, en el plazo de los tres meses siguientes al nombramiento del nuevo titular de la consejería, éste puede dictar una resolución por la que ratifique los nombramientos de los órganos de dirección y de gestión del Servicio de Salud de las Illes Balears. Si no los ratifica en dicho plazo, los contratos quedarán extinguidos automáticamente.

CAPÍTULO III

Régimen jurídico

Artículo 70. *Régimen jurídico y de recursos.*

1. El Servicio de Salud de las Illes Balears se rige por lo que dispone esta Ley, por los Estatutos del ente y, en lo que no se oponga, por la legislación reguladora del sector público instrumental de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

2. Los Estatutos son aprobados por decreto del Consejo de Gobierno, a propuesta de la persona titular de la consejería competente en materia de salud.

3. Por lo que respecta a los actos que ponen fin a la vía administrativa y al régimen de recursos se establece lo siguiente:

a) Los actos del Consejo de Dirección y del director general agotan en todo caso la vía administrativa.

b) Contra los actos del secretario general podrá interponerse un recurso de alzada ante el director general.

c) Contra los actos del resto de órganos del Servicio, que no agotan la vía administrativa, se podrá interponer un recurso de alzada ante el director general o el secretario general según la adscripción directa del órgano.

Lo que se dispone en las letras anteriores se entiende sin perjuicio de lo que pueda resultar de la desconcentración o delegación de competencias entre estos órganos, de acuerdo con lo que se dispone en la legislación básica del Estado y la reguladora del régimen jurídico de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

4. Los procedimientos de responsabilidad patrimonial tramitados por la Secretaría General del Servicio de Salud de las Illes Balears, los ha de resolver la persona titular de la consejería competente en materia de salud.

Artículo 71. *Representación y defensa en juicio.*

Representación y defensa en juicio La representación y la defensa del Servicio de Salud de las Illes Balears ante todos los órdenes y los órganos jurisdiccionales corresponden al abogado titular de la Dirección de la Abogacía y a los abogados de la Administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears, o a los funcionarios o abogados en ejercicio habilitados de la manera y con los requisitos que se prevén en el artículo 73 de la Ley 3/2003, de 26 de marzo, de régimen jurídico de la Administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

CAPÍTULO IV

Régimen financiero y presupuestario

Artículo 72. *Presupuestos.*

1. El Servicio de Salud de las Illes Balears cuenta con su propio presupuesto, que se incluye en los presupuestos generales de la comunidad autónoma.

2. La propuesta de anteproyecto de presupuesto del Servicio se elabora por la propia entidad de acuerdo con las directrices y los criterios de planificación establecidos por la consejería competente en materia de sanidad, en coordinación con el Plan de Salud.

Artículo 73. *Gestión económica.*

1. La gestión económica del Servicio de Salud de las Illes Balears se basa en los principios de racionalización, simplificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria.

2. Los órganos competentes han de adoptar las medidas adecuadas para hacer efectivos estos principios en:

a) Los centros y servicios dependientes que tienen que contar con un sistema integrado de gestión que permita implantar una dirección para objetivos y un control para resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un control adecuado de calidad asistencial y de costes.

b) Los sistemas para formar personal especialista en dirección, gestión y administración sanitaria.

c) El establecimiento de mecanismos para que los centros y servicios mencionados comuniquen periódicamente la información que se establezca reglamentariamente con la finalidad de ejercer las funciones de control y evaluación.

Artículo 74. *Control financiero.*

1. El ejercicio del control financiero se realizará de forma permanente por la Intervención General de la comunidad autónoma.
2. A pesar de esto, el Consejo de Gobierno podrá acordar que el control financiero permanente se pueda sustituir por la fiscalización previa en cualquiera de las modalidades de ésta, en los programas y centros donde así se determine.

CAPÍTULO V

Ordenación funcional de los servicios asistenciales

Artículo 75. *Disposiciones generales.*

La prestación de la asistencia sanitaria a cargo de los centros y servicios dependientes del Servicio de Salud se adecuará a las prescripciones de este capítulo.

Artículo 76. *Atención sanitaria.*

La atención sanitaria se ha de prestar de manera integrada y coordinada a través de programas médicos preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria, en los centros y servicios sanitarios, de forma que se garantice la actuación de los recursos apropiados según las necesidades de salud de los ciudadanos y de acuerdo con la planificación sanitaria.

Artículo 77. *Atención primaria.*

1. La atención primaria asume la responsabilidad continuada sobre la salud de la población. Se ha de prestar por los profesionales de este nivel, y ha de disponer, para ello, de los medios y recursos para la prevención, la promoción, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.
2. La atención primaria la prestan los profesionales del equipo de atención primaria de la zona de salud correspondiente, que constituye el núcleo básico de atención desde el que se orienta la atención compartida, entendida como una continuidad en los procesos de atención a la salud, desde el primer contacto y con independencia del dispositivo en el que ésta tenga lugar. Este equipo presta una atención primaria integral, continuada y de urgencia, como también es responsable de las medidas de promoción de salud, prevención de las enfermedades y educación sanitaria de la población de la zona básica de salud.
3. El equipo de atención primaria ha de actuar coordinadamente con la consejería competente en materia sanitaria, especialmente en la promoción y defensa de la salud pública, como también en el control y la inspección sanitaria.

Artículo 78. *Atención especializada.*

1. La atención especializada presta servicios de carácter preventivo, asistencial y rehabilitador, en coordinación con la atención primaria y el resto de dispositivos del Servicio de Salud.
2. La atención especializada se presta fundamentalmente por el personal sanitario de los centros hospitalarios y de otros centros de los servicios públicos asistenciales. Eventualmente se prestará en ámbitos no hospitalarios cuando así se establezca.
3. El hospital es la estructura sanitaria básica donde se desarrolla la atención especializada, programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio, a la población del ámbito territorial correspondiente.
4. Los servicios hospitalarios pueden ser designados como servicios de referencia para toda la red asistencial, los cuales tienen que contar con la máxima especialización y con la más elevada tecnología. A estos servicios pueden acceder todos los usuarios del sistema sanitario público, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y de tratamiento en otros centros del área de salud.

Artículo 79. *Coordinación de otros dispositivos asistenciales.*

1. Los órganos competentes han de establecer medidas adecuadas para garantizar la coordinación y la interrelación entre los diferentes centros y servicios sanitarios, así como de las diversas unidades y niveles asistenciales, tanto dentro del área de salud, como entre las diferentes áreas de salud.
2. La atención socio-sanitaria se prestará de forma coordinada, de acuerdo con las previsiones contenidas en el Plan socio-sanitario.
3. La red asistencial se ha de coordinar con el Banco de Sangre y el Banco de Tejidos y Huesos de la comunidad. Los bancos comunitarios son los únicos proveedores de sangre, hemoderivados, tejidos y huesos de la red pública y privada de las Illes Balears.

Artículo 80. *Fines de los servicios públicos asistenciales.*

Los servicios públicos asistenciales tienen como fines:

a) Ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados, siempre que la prestación de éstos no sea posible en los niveles de atención primaria, así como la atención de urgencias que corresponda.
b) Posibilitar el internamiento hospitalario a los pacientes que lo necesiten.
c) Participar en las campañas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación sanitaria, epidemiológica y de investigación, de acuerdo con las directrices emanadas de la consejería competente en materia sanitaria, para el desarrollo de la política sanitaria general y la de los programas sanitarios del área de salud que correspondan.
d) Prestar la asistencia sanitaria en régimen de consultas externas.
e) Colaborar en la formación del personal sanitario, así como en los cometidos de información sanitaria y estadística, tanto del Servicio de Salud como de la consejería competente.

Artículo 81. *Atención de las urgencias y emergencias sanitarias.*

1. La atención de la demanda sanitaria urgente se ha de prestar:

a) A través de los dispositivos específicos de urgencias y emergencias sanitarias de las Illes Balears.
b) En el ámbito de la atención primaria, por el personal sanitario de los centros de salud y, especialmente, de los puntos de atención continuada, en coordinación con el personal sanitario de los centros hospitalarios y los servicios de emergencias.
c) En el ámbito de la atención especializada, por el personal sanitario de los centros hospitalarios que se determinen como responsables de ofrecer la asistencia a urgencias médicas, a través de sus unidades y servicios de curas críticas y de urgencias.

2. Los dispositivos de urgencias y emergencias sanitarias se coordinarán con el Banco de Sangre de las Illes Balears, en los casos en los que se requieran aportaciones extraordinarias de sangre y hemoderivados.

CAPÍTULO VI

Relaciones con la iniciativa privada

Artículo 82. *Marco de relaciones.*

La administración sanitaria de las Isles Balears se relaciona con los dispositivos asistenciales privados mediante el ejercicio de funciones de ordenación, de evaluación y de instrumentos de colaboración.

Artículo 83. *Forma de colaboración.*

1. La colaboración de las entidades sanitarias privadas con el Servicio de Salud de las Illes Balears se instrumenta preferentemente a través de conciertos para la prestación de servicios sanitarios.

2. Los conciertos se rigen, en el marco de la legislación básica del Estado, por lo que dispone esta ley y, supletoriamente, por lo que establece la legislación de contratación administrativa.

3. Las entidades y organizaciones sin ánimo de lucro tienen preferencia en la suscripción de conciertos.

4. Los conciertos se han de formalizar de acuerdo con los principios de subsidiariedad respecto de los servicios públicos y optimización de los recursos, en igualdad de condiciones de calidad, eficacia y eficiencia en la atención sanitaria.

Artículo 84. *Requisitos y contenido de los conciertos.*

1. Para la formalización de los conciertos, las instituciones y entidades que colaboren con el Servicio de Salud han de reunir los requisitos mínimos siguientes:

a) Acreditación del centro o establecimiento donde se prestarán los servicios.

b) Cumplimiento de las normas de contabilidad, fiscales, laborales y de seguridad social, así como también de las disposiciones que afecten a la actividad objeto de concierto.

2. Los conciertos deberán tener el contenido mínimo siguiente:

a) La descripción de los servicios, de los recursos y de las prestaciones que se conciertan y de los objetivos a conseguir.

b) El régimen de acceso de los usuarios con cobertura pública que será gratuito.

c) El coste de los servicios a concertar y la forma de pago.

d) La duración del concierto y las causas de renovación o extinción de éste.

e) El procedimiento de evaluación de los centros concertados.

f) El régimen de inspección de los centros y servicios concertados.

g) Las consecuencias del incumplimiento.

Artículo 85. *Duración, revisión y extinción de los conciertos.*

1. Los conciertos tendrán una duración máxima de cuatro años, prorrogables con los límites establecidos en las normas de contratación.

2. Se podrá establecer en el concierto la posibilidad de revisión, al acabar cada ejercicio económico, con el fin de adecuar las condiciones económicas y las prestaciones a las necesidades de la coyuntura.

3. Los conciertos se extinguen por las siguientes causas:

a) El cumplimiento del plazo.

b) El mutuo acuerdo.

c) El incumplimiento de las normas de acreditación vigentes.

d) El establecimiento de servicios sanitarios y complementarios sin autorización.

e) La violación de los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios.

f) El incumplimiento grave de los requisitos, las condiciones y las obligaciones conseguidas en el concierto.

g) Cualquier otra prevista en el concierto.

[. . .]

§ 23

Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears. [Inclusión parcial]

Comunidad Autónoma de las Illes Balears
«BOIB» núm. 2, de 4 de enero de 2011
«BOE» núm. 30, de 4 de febrero de 2011
Última modificación: 31 de diciembre de 2022
Referencia: BOE-A-2011-2108

[. . .]

TÍTULO III

Cartera de Servicios de Salud Pública

Artículo 7. *Definición de la cartera de servicios de salud pública.*

1. La cartera de servicios de salud pública es el conjunto de actividades y de servicios, tecnologías o procedimientos, mediante los cuales se hacen efectivas las prestaciones de salud pública en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

2. La cartera de servicios de salud pública se aprueba mediante decreto del Consejo de Gobierno, a propuesta de la consejería competente en materia de salud, y debe incluir al menos la cartera de servicios de salud pública del Sistema Nacional de Salud.

3. La cartera de servicios de salud pública ha de ser dinámica y debe adaptarse de forma continuada a las nuevas necesidades de salud. Asimismo, ha de determinar específicamente la relación de actividades y servicios que la Agencia de Salud Pública puede prestar a los otros órganos del Gobierno y a los entes locales para proveer los servicios mínimos de su competencia.

Artículo 8. *Líneas estratégicas de las prestaciones de salud pública que se hagan efectivas mediante la cartera de servicios.*

Las prestaciones de salud pública que se hagan efectivas mediante la cartera de servicios de salud pública responderán a los principales determinantes de salud y, como mínimo, de acuerdo con el resultado de la vigilancia de la salud pública, abordarán los siguientes determinantes: la salud ambiental, la salud de los usuarios de productos y servicios, la seguridad alimentaria, la salud laboral, la salud sexual y reproductiva, las drogas y otras conductas adictivas, los hábitos alimentarios y la actividad física, la salud mental y las condiciones de vida, de manera especial en la edad infantil, la adolescencia y la vejez.

[. . .]

TÍTULO VII

La Agencia de Salud Pública de las Illes Balears

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 17. *Creación y naturaleza.*

1. Se crea la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears como un organismo autónomo, adscrito a la consejería competente en materia de salud, para el desarrollo y la ejecución de las competencias de la comunidad autónoma de las Illes Balears en materia de salud pública, con personalidad jurídica propia, autonomía financiera y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus finalidades.
2. Los recursos económicos y el régimen de personal, de contratación, patrimonial y económico-financiero de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears se tienen que regir por el que se establece en esta ley, en sus estatutos y, en general, por la normativa aplicable a los organismos autónomos del sector público instrumental de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

Artículo 18. *Finalidades.*

1. La Agencia de Salud Pública de las Illes Balears tiene por objeto la ejecución de las políticas de salud y la prestación de los servicios que integran la cartera de servicios de salud pública para dar una respuesta eficiente a las necesidades de la población en este ámbito y posibilitar una adaptación permanente a estas necesidades y una mayor participación de la sociedad.
2. La Agencia de Salud Pública de las Illes Balears ejerce sus competencias en concurrencia con las administraciones y el resto de organismos competentes en materia de salud pública, con los cuales actúa de forma coordinada.

Artículo 19. *Competencias.*

Son competencias de la Agencia las siguientes:

a) El desarrollo y la ejecución de políticas activas de salud pública, cuyos ejes son la promoción, la prevención, la protección y la vigilancia de la salud.
b) La coordinación y la cooperación con los órganos correspondientes de la administración autonómica y la cooperación con las otras administraciones públicas para conseguir la presencia de la salud en todas las políticas.
c) La definición de las directrices que, en materia de salud pública, se lleven a cabo en los centros sanitarios de la red asistencial.
d) El fomento de la competencia de los profesionales y de la investigación en salud pública, en colaboración con los organismos responsables, las universidades y los centros de investigación.
e) La gestión de las situaciones de crisis y de emergencia que constituyen un riesgo para la salud de la población, de manera coordinada con los dispositivos de las administraciones que se movilizan en estas situaciones.
f) La promoción y la gestión del sistema de información en salud pública.
g) Cualquier otra función de salud pública que esté relacionada con los objetivos y las actividades que prevé esta ley.
h) La evaluación y el análisis de datos de salud para hacer una mejor toma de decisiones, con el fin de contribuir a la mejora de salud de la ciudadanía.

Artículo 20. *Relaciones con la consejería competente en materia de salud.*

Las relaciones entre la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears y la consejería competente en materia de salud se articulan por medio de un contrato-programa plurianual que tiene que incluir, como mínimo, los aspectos siguientes:

a) La relación de servicios y actividades que tiene que prestar la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears, su evaluación económica, los recursos en relación con los sistemas de compra y los pagos vigentes en cada momento, los objetivos y la financiación.
b) Los requisitos y las condiciones en que se tienen que prestar estos servicios y las actividades.
c) Los objetivos, los resultados esperados, los indicadores y el marco de responsabilidades de la Agencia de Salud Pública.
d) El plazo de vigencia.

CAPÍTULO II

Estructura de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears

Artículo 21. *Estructura orgánica.*

1. La Agencia de Salud Pública de las Illes Balears se estructura en órganos superiores y órganos de gestión y de asesoramiento.
2. Son órganos superiores y centrales de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears:

a) El presidente o la presidenta.
b) El consejo rector.
c) El director ejecutivo o la directora ejecutiva.

Son órganos de gestión y asesoramiento:

a) El Consejo Asesor de Salud Pública.
b) Los consejos sectoriales.
c) Los centros insulares de salud pública.

3. Los estatutos de la entidad tienen que establecer la estructura orgánica básica de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears, su composición y funciones.

CAPÍTULO III

Régimen económico, presupuestario, contable y patrimonial

Artículo 22. *Régimen económico.*

La Agencia de Salud Pública de las Illes Balears tiene que disponer de los recursos económicos siguientes para el cumplimiento de sus finalidades, entre otros:

a) Las dotaciones correspondientes del presupuesto del Gobierno de las Illes Balears.
b) Los ingresos ordinarios y extraordinarios generados por el ejercicio de sus actividades.
c) Los productos y las rentas de su patrimonio.
d) Los créditos, préstamos, empréstitos y otras operaciones que pueda concertar.
e) Las subvenciones, las herencias, los legados, las donaciones y las aportaciones voluntarias de entidades u organismos públicos y privados, y de particulares.
f) Los ingresos procedentes de sanciones administrativas y los derivados de resoluciones judiciales que le correspondan.
g) Los otros ingresos de derecho público o privado que le sean autorizados o le puedan corresponder de acuerdo con la normativa vigente.
h) Cualquier otro recurso que se le pueda atribuir.

Artículo 23. *Régimen presupuestario, contable y de control.*

1. La Agencia de Salud Pública de las Illes Balears cuenta con un presupuesto integrado en el presupuesto de la Administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears, en la forma prevista en el artículo 40.1 de la Ley 7/2010, de 21 de julio, del sector público instrumental de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

2. El régimen presupuestario, económico, financiero, de contabilidad, intervención y control financiero aplicable a la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears es el establecido a la Ley 14/2014, de 29 de diciembre, de finanzas de la comunidad autónoma de las Illes Balears y la normativa que lo desarrolle.

Artículo 24. *Régimen patrimonial.*

1. El patrimonio de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears tiene que estar integrado por los bienes y derechos que le son propios y por aquellos que le son adscritos o cedidos por el Consejo de Gobierno de la comunidad autónoma de las Illes Balears o cualquier otra administración pública.

2. Tienen la consideración de bienes y derechos propios todos aquellos que la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears adquiere o recibe por cualquier título, así como los productos y las rentas de estos.

3. Los bienes y los derechos que el Consejo de Gobierno de la comunidad autónoma de las Illes Balears o cualquier otra administración pública adscribe a la Agencia de Salud Pública tienen que conservar su calificación jurídica originaria y únicamente pueden ser utilizados para el cumplimiento de sus finalidades, y la Agencia tiene, respecto a estos, todas las prerrogativas y los derechos que establece la normativa sobre patrimonio, a los efectos de su conservación, administración y defensa.

4. La adquisición, la venta y el gravamen de bienes inmuebles propios requiere informe favorable de la consejería competente en materia de hacienda y de la consejería competente en materia de salud.

5. Los bienes y los derechos patrimoniales propios, afectos al cumplimiento de sus funciones, tienen la consideración de dominio público y, como tales, deben gozar de las exenciones y de las bonificaciones tributarias que correspondan.

6. La Agencia de Salud Pública debe gozar de autonomía para la gestión de su patrimonio, en los términos que establece la legislación patrimonial y de hacienda pública de la comunidad autónoma de las Illes Balears, que tiene que ser de aplicación en todo el que no prevé esta ley.

7. La Agencia de Salud Pública tiene que establecer la contabilidad y los registros que permitan conocer la naturaleza, la titularidad y el destino de sus bienes y sus derechos, propios o adscritos, sin perjuicio de las competencias de los otros entes y organismos en materia de salud.

CAPÍTULO IV

Régimen de personal

Artículo 25. *Régimen del personal.*

El personal al servicio de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears puede ser personal laboral propio o personal funcionario, estatutario o laboral adscrito por la Administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears al Servicio de Salud de las Illes Balears o a los entes que integran su sector público instrumental.

Artículos 26 a 37.

(Derogados).

[. . .]

Disposición adicional segunda. *Mantenimiento de los bienes adscritos.*

Los bienes que, a la fecha de inicio de la actividad de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears, son afectos a los servicios de la Dirección General de Salud Pública y Participación quedan automáticamente adscritos a la Agencia.

Disposición adicional tercera. *Traspaso del personal a la Agencia de Salud Pública.*

El personal funcionario y laboral que, a la fecha de inicio de la actividad de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears, ocupe puestos de trabajo en la Dirección General de Salud Pública y Participación, se adscribe a la Agencia de Salud Pública y pasa a depender orgánicamente del consejero o de la consejera competente en materia de función pública y, funcionalmente, de los órganos de la Agencia de Salud Pública.

Disposición adicional cuarta. *Competencias en materia de personal.*

Por parte del consejero o de la consejera competente en materia de función pública se puede delegar el ejercicio de determinadas competencias ejecutivas en materia de personal estatutario, funcionario y laboral en el director o la directora general competente en materia de salud pública.

Disposición adicional quinta. *Traspaso del personal a la Agencia de Salud Pública.*

(Derogada).

Disposición adicional sexta. *Competencias en materia de personal.*

(Derogada).

Disposición derogatoria.

Queda derogada la disposición adicional novena de la Ley 3/2020, de 20 de diciembre, de presupuestos generales de la comunidad autónoma de las Illes Balears para el año 2021.

Disposición final. *Entrada en vigor.*

Esta ley entra en vigor al día siguiente de su publicación en el «Butlletí Oficial de les Illes Balears».

§ 24

Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. [Inclusión parcial]

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
«BORM» núm. 176, de 4 de agosto de 1994
«BOE» núm. 243, de 11 de octubre de 1994
Última modificación: 29 de diciembre de 2023
Referencia: BOE-A-1994-22255

[. . .]

TÍTULO IV

Del Servicio Murciano de Salud

Artículo 20. *Fines.*

El Servicio Murciano de Salud tendrá como fines la ejecución de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que le atribuya la Administración de la Comunidad Autónoma.

Artículo 21. *Naturaleza, adscripción y régimen jurídico general.*

1. El Servicio Murciano de Salud se configura como un ente de derecho público de los previstos en el artículo 6.1.a), de la Ley 3/1990, de 5 de abril, de Hacienda de la Región de Murcia, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene plena capacidad de obrar, pública y privada, para el cumplimiento de sus fines.
2. El Servicio Murciano de Salud queda adscrito a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, y se regirá, en el ejercicio de las potestades que le correspondan, por lo dispuesto en la presente Ley y en las disposiciones de derecho que la desarrollen o complementen.

Artículo 22. *Integración de recursos.*

Para el mejor cumplimiento de los fines del Servicio Murciano de Salud, se integrarán en el mismo los siguientes centros, servicios y establecimientos sanitarios:

a) Los que sean de titularidad de la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
b) Los de las corporaciones locales, en los términos previstos en la presente Ley y en la Ley General de Sanidad.
c) Los de titularidad de la Seguridad Social, que sean transferidos a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Artículo 23. *Servicios y actuaciones.*

En el ejercicio de sus funciones, el Servicio Murciano de Salud prestará los servicios y desarrollará las actuaciones siguientes:

a) Promoción de la salud.
b) Prevención de la enfermedad.
c) Atención primaria integral de la salud.
d) Asistencia sanitaria especializada.
e) Rehabilitación.
f) Prestación de los productos terapéuticos necesarios para la promoción, conservación y restablecimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.
g) Cualquier otro servicio o actividad que esté relacionada con la salud.

Artículo 24. *Instrumentos para el cumplimiento de sus fines.*

Para el cumplimiento de sus fines y el ejercicio de sus funciones, el Servicio Murciano de Salud podrá actuar directamente o establecer cuantas fórmulas cooperativas y contractuales procedentes en derecho, debiendo ajustar su actividad contractual a la legislación de contratos del Estado en la medida en que dicha actividad no se someta a régimen de derecho privado. Igualmente podrá participar o establecer acuerdos con toda clase de entidades jurídicas, públicas o privadas, relacionadas con el cumplimiento de sus fines, rigiéndose por las normas del derecho mercantil, civil o laboral, salvo en las materias que le sean de aplicación la Ley 3/1990, de 5 de abril, de Hacienda de la Región de Murcia.

En cualquier caso, se establecerán las disposiciones necesarias para garantizar la máxima transparencia y los principios de publicidad y equidad.

Artículo 25. *Órganos de dirección, participación y gestión.*

1. El Servicio Murciano de Salud se estructura en los siguientes órganos centrales:

a) El Consejo de Administración.
b) El director gerente.

2. La participación social se articulará vía Consejo de Salud de la Región de Murcia.

3. El Consejo de Administración, que presidirá el consejero competente en materia de sanidad, será el máximo órgano de dirección y administración del Servicio Murciano de Salud, y tendrá como principal atribución el establecimiento de sus criterios generales de actuación, de acuerdo con las directrices de la política sanitaria para la Región de Murcia, establecidas por el Consejo de Gobierno, siendo sus componentes los siguientes:

a) Hasta dos vicepresidentes, nombrados por el Presidente de! Consejo de Administración, entre los representantes de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a que se refiere la letra c) de este apartado 3.

b) Un representante de cada Área de Salud en que se divide la Región de Murcia, designado por el consejero competente en materia de sanidad a propuesta del Consejo de Dirección del área correspondiente.

c) Hasta ocho representantes de la Comunidad Autónoma de Murcia, designados por el Consejo de Gobierno a propuesta del consejero competente en materia de sanidad.

d) El director gerente del Servicio Murciano de Salud. Asimismo, actuará como secretario un funcionario designado por el Presidente del Consejo de Administración.

Los vocales del Consejo, comprendidos en los apartados b) y c), serán designados por periodos de cuatro años, prorrogables por otros sucesivos de igual duración.

No obstante, el Consejo de Gobierno podrá acordar el cese, en cualquier momento del periodo de su mandato, por causa justificada, en cuyo caso designará nuevo vocal por el periodo que reste.

Será causa de cese de los vocales la pérdida de la condición en virtud de la cual fueron designados.

Además de las incompatibilidades que en cada caso procedan, los vocales del Consejo de Administración no podrán tener vinculación alguna con empresas, entidades u

organismos que contraten, comercien o suministren bienes o servicios de cualquier tipo o naturaleza al Servicio Murciano de Salud.

4. El director gerente, que será nombrado por el Consejo de Gobierno a propuesta del consejero competente en materia de sanidad, será el órgano ejecutivo del Servicio Murciano de Salud, y ejercerá, de manera efectiva y permanente, las facultades de dirección y gestión dentro de los límites y de acuerdo con las directrices establecidas por el Consejo de Administración.

5. Por el Consejo de Gobierno, a propuesta del consejero competente en materia de salud, se establecerá la estructura, composición y funciones de los órganos centrales de administración, participación y gestión del Servicio Murciano de Salud. La estructura organizativa de los órganos periféricos de gestión y dirección de las áreas de Salud o de aquellos otros vinculados a la prestación de la cartera de servicios se aprobará, a propuesta del Consejo de Administración, mediante Orden del consejero competente en materia de salud, previo informe de la dirección general competente en materia de organización administrativa.

6. Sin perjuicio de lo anterior, la creación, modificación y supresión de las unidades asistenciales y administrativas dependientes de los órganos periféricos de gestión y dirección o de aquellos otros vinculados a la prestación de la cartera de servicios, se efectuará mediante Orden del consejero competente en materia de salud.

Artículo 26. *El equipo de atención primaria de salud.*

1. El equipo de atención primaria de salud es el conjunto de profesionales que, de forma coordinada, integral y permanente, realizan en una zona básica de salud las actuaciones relativas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, curación, rehabilitación e investigación de la salud individual y colectiva de la población y aquellas otras que le sean conferidas por las disposiciones vigentes.

2. A propuesta del Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales, por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se establecerán las normas de organización y funcionamiento de los equipos de atención primaria de salud.

Artículo 27. *Del patrimonio.*

1. Constituyen el patrimonio del Servicio Murciano de Salud:

a) Los bienes y derechos que adquiera o le puedan ser cedidos mediante cualquier título.

b) Los bienes y derechos de los que sea titular la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia que le sean adscritos para el cumplimiento de sus fines.

2. El patrimonio del Servicio Murciano de Salud, afecto al desarrollo de sus funciones, tiene la consideración de dominio público y como tal gozará de las exenciones y bonificaciones tributarias que correspondan a los bienes de la citada naturaleza.

3. Los bienes que el Servicio Murciano de Salud ostente a título de adscripción, conservarán su calificación jurídica originaria, debiendo ser utilizados exclusivamente para el cumplimiento de sus fines.

4. El Servicio Murciano de Salud podrá ejercer, tanto respecto de los bienes propios como de los que ostente a título de adscripción, las mismas facultades de protección y defensa que concede a la Administración de la Comunidad Autónoma su Ley de Patrimonio en relación con los bienes y derechos de esta última.

5. Se entenderá implícita, a efectos expropiatorios, la declaración de utilidad pública y la necesidad de ocupación respecto a las obras y servicios del Servicio Murciano de Salud.

6. El Servicio Murciano de Salud llevará un inventario de todos sus bienes y derechos, de cuyo resumen anual se dará traslado a la Consejería de Hacienda y Administración Pública.

Artículo 28. *Contratación de obras, adquisición y arrendamiento de bienes y servicios. Contratación centralizada.*

Los contratos que celebre el Servicio Murciano de Salud se regirán por la legislación vigente en materia de contratación administrativa en todo aquello que le sea de aplicación.

Podrá asumir la contratación de obras en los términos previstos en las normas organizativas regionales, si bien las competencias de programación, gestión y contratación de los proyectos de inversión en obras que afecten a cualesquiera centros y recursos sanitarios del ámbito de la atención primaria de salud, incluidos los dispositivos de urgencia y los edificios de uso múltiple o compartido entre los diferentes niveles asistenciales, dependientes del Servicio Murciano de Salud, que supongan la realización de obras de primer establecimiento, así como su equipamiento respecto a centros de nueva construcción, serán ejercidas por la consejería competente en materia de salud.

La adquisición, arrendamiento y contratación de bienes y servicios del Servicio Murciano de Salud corresponderá autorizarla, con carácter general, a los órganos de dirección o gestión que determine el Consejo de Gobierno, de acuerdo con lo previsto en el artículo 25.4 de la presente Ley.

No obstante lo anterior, la adquisición o contratación de bienes, suministros o servicios de carácter común y general, que no guarden relación directa con la atención sanitaria a los pacientes, podrá llevarse a cabo, previo Acuerdo de Consejo de Gobierno, a través de un sistema centralizado de contratación de suministros y servicios, de conformidad con la normativa regional aplicable.

Artículo 29. *Disposición de bienes.*

1. Corresponderá al órgano de dirección o gestión del Servicio Murciano de Salud que determine el Consejo de Gobierno, sin necesidad de expresar declaración de desafectación, autorizar la enajenación o permuta de los bienes muebles.

2. Corresponderá al órgano de dirección y gestión del Servicio Murciano de Salud que determine el Consejo de Gobierno declarar como innecesarios los bienes inmuebles que no sean precisos para el cumplimiento de los fines del ente público y proponer al órgano competente la desadscripción, así como la reincorporación al patrimonio de la Comunidad Autónoma de los bienes y derechos de que se trate.

3. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior y en el artículo 68 de la Ley de Patrimonio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el Servicio Murciano de Salud podrá ser autorizado por el Consejo de Gobierno a vender o permutar tanto los bienes propios como aquellos de que disfrute a título de adscripción, siempre que destine el producto de la venta al cumplimiento de sus fines o a los de sus planes de inversiones.

Artículo 30. *Financiación.*

1. Para el cumplimiento de sus fines, el Servicio Murciano de Salud se financiará con los siguientes recursos:

a) Los productos, rentas y rendimientos de su propio patrimonio.

b) Las dotaciones que sean fijadas en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el cumplimiento de sus fines.

c) Las aportaciones que deban realizar las corporaciones locales con cargo a sus presupuestos.

d) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a recibir, de acuerdo con las disposiciones vigentes.

e) Los ingresos que obtenga por la prestación de sus servicios.

f) Los ingresos derivados de operaciones de endeudamiento, de acuerdo con las modalidades y régimen jurídico establecidos en los artículos 71 y siguientes de la Ley 3/1990, de 5 de abril, de Hacienda de la Región de Murcia.

g) Las subvenciones, donaciones, legados o cualquier otra aportación que se concedan a su favor por entidades públicas o particulares.

2. Los posibles excedentes que obtenga el Servicio Murciano de Salud, una vez finalizado el ejercicio presupuestario, se destinarán, por acuerdo del Consejo de Gobierno, al cumplimiento de los fines públicos que éste determine.

Artículo 31. *Régimen presupuestario.*

1. El presupuesto del Servicio Murciano de Salud se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, las normas que la desarrollen o complementen, por lo establecido en las normas generales y especiales de la Ley 3/1990, de Hacienda de la Región de Murcia, especialmente en sus artículos 55 y 58, ambos inclusive, así como por lo que se pudiera establecer en las sucesivas Leyes de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

2. El presupuesto del Servicio Murciano de Salud se integrará en el presupuesto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de una manera diferenciada.

3. El presupuesto del Servicio Murciano de Salud se elaborará de acuerdo con los objetivos previstos en el Plan de Salud de la Región de Murcia, y deberá incluir el adecuado desglose de los recursos por Áreas de Salud.

4. Para la elaboración del presupuesto anual, se tendrá en cuenta un programa de actuación, inversión y financiación cuya estructura se ajustará en aquello que afecte a la entidad, a las normas contenidas en el capítulo IV de la Ley 3/1990, de Hacienda de la Región de Murcia.

5. El Servicio Murciano de Salud estará sometido al régimen de contabilidad pública establecido por la Ley 3/1990, de Hacienda de la Región de Murcia, en sus artículos 92 y siguientes.

Artículo 32. *Dirección por objetivos.*

1. Los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de modo preponderante, en los costes y en la calidad de la asistencia.

2. Para la implantación de una dirección por objetivos y un control por resultados en los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud, se formulará un presupuesto para cada uno de ellos donde figuren los objetivos a alcanzar y sus costes.

Artículo 33. *Intervención y control.*

1. El control de carácter económico, financiero y contable del Servicio Murciano de Salud, se realizará mediante comprobaciones periódicas o procedimientos de auditoría, así como mediante el ejercicio de la función interventora y el control financiero en aquellas áreas en las que se establezca, bajo la dirección de la Intervención General de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, sin perjuicio de los que pueda establecer el propio ente público y de las funciones que correspondan al Tribunal de Cuentas.

2. Dicho control será ejercido por la Intervención Delegada en el Servicio Murciano de Salud que dependerá orgánica y funcionalmente de la Intervención General.

3. La Intervención General determinará las necesidades de personal de apoyo que deban ser provistas con personal del Servicio Murciano de Salud, en el supuesto de no contar con medios propios suficientes.

El consejero competente en materia de función pública autorizará la comisión de servicios del personal correspondiente, previo informe de la Dirección Gerencial del Servicio Murciano de Salud. La prestación de servicios de este personal en la Intervención Delegada no alterará su régimen retributivo ni implicará cambio de puesto de trabajo con cargo al cual seguirán percibiendo sus retribuciones.

Artículo 34. *Régimen de personal.*

1. El personal del Servicio Murciano de Salud estará formado por:

a) El personal de la Administración de la Comunidad Autónoma que preste sus servicios en el Servicio Murciano de Salud.

b) El personal de otras Administraciones Públicas que se le adscriba.

c) El personal que tiene a su cargo la gestión de las funciones y servicios de la Seguridad Social, en el ámbito sanitario, desde el momento en que tales funciones y servicios sean transferidos a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

d) El personal que se incorpore al mismo, de acuerdo con la normativa vigente.

2. La clasificación y régimen jurídico del personal del Servicio Murciano de Salud se regirá por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.

3. La selección del personal del Servicio Murciano de Salud se hará de acuerdo con los principios de publicidad, mérito y capacidad, de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca.

4. La provisión de puestos de carácter directivo se ajustará a lo establecido en la Ley reguladora del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud.

5. El personal que preste sus servicios en el Servicio Murciano de Salud estará sujeto al régimen de incompatibilidades establecido con carácter general para el personal al servicio de las Administraciones Públicas.

Artículo 35. *Régimen de impugnación de actos.*

1. Contra los actos administrativos del Servicio Murciano de Salud podrán los interesados interponer los recursos administrativos ordinarios ante el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, en los mismos casos, plazos y formas previstos en la legislación sobre procedimiento administrativo.

2. De acuerdo con lo previsto en el apartado anterior, contra los actos dictados por el Consejo de Administración o por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, los interesados podrán interponer recurso ordinario ante el Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales.

3. Las reclamaciones previas a la vía judicial, civil o laboral deberán dirigirse al Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, al que corresponderá su resolución.

[. . .]

§ 25

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud. [Inclusión parcial]

Comunidad Autónoma de La Rioja
«BOR» núm. 49, de 23 de abril de 2002
«BOE» núm. 106, de 3 de mayo de 2002
Última modificación: 30 de diciembre de 2023
Referencia: BOE-A-2002-8489

[. . .]

TÍTULO VII

Del Servicio Riojano de Salud

CAPÍTULO I

Objeto y naturaleza

Artículo 72. *Objeto del Servicio Riojano de Salud.*

El Servicio Riojano de Salud es una entidad pública de provisión, gestión y administración de asistencia sanitaria pública de La Rioja.

Artículo 73. *Naturaleza del Servicio Riojano de Salud.*

1. El Servicio Riojano de Salud es un organismo autónomo administrativo, dotado de personalidad jurídica propia, patrimonio y tesorería propios y de autonomía de gestión.
2. El Servicio Riojano de Salud queda adscrito a la Consejería competente en materia de salud del Gobierno de La Rioja, a la cual corresponderá su dirección, la evaluación y el control de los resultados de su actividad.

CAPÍTULO II

Funciones y actividades

Artículo 74. *Funciones.*

El Servicio Riojano de Salud, bajo la supervisión y control de la Consejería competente en materia de salud, desarrollará las siguientes funciones:

a) Dirección y gestión de los centros y de los servicios sanitarios adscritos al mismo, y que operen bajo su dependencia orgánica o funcional.
b) Prestación de la asistencia sanitaria en los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos que le sean adscritos.

c) Dirección y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el cumplimiento de las funciones que tenga encomendadas.
d) Aquellas que se le atribuyan legal o reglamentariamente.

CAPÍTULO III

Personal

Artículo 75. *Personal.*

1. El personal del Servicio Riojano de Salud estará formado por:

a) El personal funcionario y laboral de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja que preste sus servicios en el ámbito sanitario y que se le adscriba.
b) El personal estatutario que ha sido transferido a la Comunidad Autónoma de La Rioja para el desempeño de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.
c) El personal que se incorpore al mismo de acuerdo con la normativa vigente.

2. El personal del Servicio Riojano de Salud tendrá derecho a un sistema de carrera profesional.

Artículo 76. *Régimen jurídico del personal del Servicio Riojano de Salud.*

1. La clasificación y régimen jurídico del personal del Servicio Riojano de Salud se regirá por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.
2. Se procederá a la regulación del régimen jurídico del personal estatutario que preste sus servicios en el Servicio Riojano de Salud.
3. El personal del Servicio Riojano de Salud tendrá los órganos de representación y negociación que la legislación específica determina, sin perjuicio de su representación en la Mesa General de Negociación de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
4. Una vez aprobado el Estatuto Marco básico en aplicación del artículo 84 de la Ley General de Sanidad, se adaptarán al mismo las previsiones de personal reflejadas en la presente norma.

Artículo 77. *Selección e incompatibilidades del personal del Servicio Riojano de Salud.*

1. La selección del personal estatutario del Servicio Riojano de Salud se hará de acuerdo con los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad, de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y lo que reglamentariamente se establezca.
2. El personal que preste sus servicios en el Servicio Riojano de Salud estará sujeto al régimen de incompatibilidades establecido con carácter general para el personal al servicio de las Administraciones Públicas, sin perjuicio del respeto a las situaciones legales existentes a la entrada en vigor de esta Ley y las particularidades del personal estatutario.

CAPÍTULO IV

Medios materiales y recursos patrimoniales

Artículo 78. *Medios materiales.*

Para el mejor logro de sus fines, el Servicio Riojano de Salud dispondrá e integrará en el mismo los siguientes centros, servicios y establecimientos sanitarios:

a) Los que sean de titularidad de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja que se le adscriban.
b) Los de titularidad de la Seguridad Social transferidos a la Comunidad Autónoma de La Rioja que se le adscriban.
c) Los de las Corporaciones locales, en los términos previstos en la presente Ley y en la Ley General de Sanidad.

Artículo 79. *Del Patrimonio.*

1. El patrimonio del Servicio Riojano de Salud se integrará por los siguientes bienes y derechos:

a) Los bienes y derechos de toda índole cuya titularidad corresponda a la Comunidad Autónoma de La Rioja que le sean adscritos para el cumplimiento de sus fines.
b) Los bienes y derechos de toda índole afectos a la gestión y ejecución de los servicios sanitarios transferidos de la Seguridad Social que le sean adscritos.
c) Los demás bienes o derechos que reciba por cualquier título, de acuerdo a la normativa vigente en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

2. El Servicio Riojano de Salud deberá establecer el inventario, los sistemas contables y los registros correspondientes que permitan conocer de forma fiel y permanente el carácter, la situación patrimonial y el destino de los bienes y derechos propios o adscritos, sin perjuicio de las competencias de los demás entes u órganos en esta materia.
3. El patrimonio del Servicio Riojano de Salud afecto al desarrollo de sus funciones tiene la consideración de dominio público y, como tal, gozará de las exenciones y bonificaciones tributarias que corresponda a los bienes de la citada naturaleza.
4. Se entenderá implícita, a efectos expropiatorios, la declaración de utilidad pública y la necesidad de ocupación respecto a las obras y servicios del Servicio Riojano de Salud.
5. La administración y conservación de los bienes adscritos al Servicio Riojano de Salud corresponde a su Gerente, quien, a estos efectos, tendrá atribuida la representación del organismo autónomo.
6. El Servicio Riojano de Salud dispondrá de una imagen corporativa propia y diferenciada, sin perjuicio de las actuaciones generales en materia de imagen institucional de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
7. En todo lo no previsto en los apartados anteriores, serán aplicables a los bienes y derechos del Servicio Riojano de Salud las previsiones contenidas en la legislación sobre el patrimonio de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

CAPÍTULO V

Régimen de financiación, presupuestos, contabilidad e intervención-contratación administrativa y régimen jurídico de los actos

Artículo 80. *Financiación.*

1. Para el cumplimiento de sus fines, el Servicio Riojano de Salud se financiará mediante:

a) Los recursos que le sean asignados con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
b) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos que tenga afectos.
c) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir, de acuerdo con la normativa vigente.
d) Las subvenciones, donaciones, y cualquier otra aportación voluntaria de entidades o particulares.
e) Los ingresos que obtenga por la prestación de sus servicios.
f) Cualquier otro recurso que se le asigne.

2. Los remanentes y otras fuentes de financiación obtenidas por el Servicio Riojano de Salud, una vez finalizado el ejercicio presupuestario y en función de los objetivos y necesidades planteados en el año finalizado, podrán destinarse al cumplimiento de los fines del mismo Servicio, siempre que los excedentes provengan de la financiación afectada y, en otro caso, a los fines que se determinen por el órgano competente.

Artículo 81. *Del presupuesto.*

1. Salvo lo previsto por esta Ley y disposiciones normativas que sobre la materia pudieran dictarse, la estructura, procedimiento de elaboración y ejecución del presupuesto

del Servicio Riojano de Salud se regirá por lo dispuesto en la legislación vigente aplicable a la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de La Rioja, así como por las sucesivas Leyes de presupuestos.

2. El presupuesto del Servicio Riojano de Salud se incluirá en los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de La Rioja de una forma diferenciada. Se habrán de reflejar en su caso los estados de ingresos, separadamente de los restantes, que procedan de la Seguridad Social.

3. El presupuesto del Servicio Riojano de Salud se elaborará de acuerdo con los objetivos previstos en el Plan de Salud de La Rioja, y deberá presentarse detallado según las clasificaciones presupuestarias establecidas.

4. Los libramientos a realizar al Servicio Riojano de Salud se ajustarán a lo recogido en el artículo 24 de la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de La Rioja para el ejercicio 2002, o por lo que se establezca en las sucesivas Leyes presupuestarias.

Artículo 82. *De contabilidad.*

El Servicio Riojano de Salud estará sometido al régimen de contabilidad pública establecido para la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 83. *Intervención y control.*

1. La Intervención General de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja ejercerá sus funciones en el ámbito del Servicio Riojano de Salud, bien directamente o a través de alguno de los órganos que, a tal efecto, existen o puedan crearse.

2. A propuesta de la Intervención General, podrá acordarse que la función interventora de los centros de gasto del Servicio Riojano de Salud sea sustituida por el control financiero de carácter permanente.

Artículo 84. *Asesoramiento y defensa jurídica.*

1. El asesoramiento en derecho y la defensa en juicio de los intereses propios del Servicio Riojano de Salud corresponderá a los Servicios Jurídicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja, a través de los Letrados que tiene adscritos.

2. Sin perjuicio de lo previsto en el apartado anterior, en los supuestos de resarcimiento de gastos por atención sanitaria prestada a no beneficiarios del sistema sanitario público, o cuando existan terceros responsables que deban hacerse cargo de la asistencia, legal o contractualmente, el Servicio Riojano de Salud, a propuesta de la Dirección General de los Servicios Jurídicos del Gobierno de La Rioja, podrá contratar, de acuerdo con la normativa vigente, los servicios de Abogados que realicen todas las gestiones conducentes al cobro, sea en fase prejudicial o judicial, en cuyo caso la representación y defensa en juicio del mencionado ente corresponderá a los referidos Abogados, que deberán ser colegiados en ejercicio y estar debidamente apoderados. Dichos Abogados actuarán en todo caso, bajo la dirección y coordinación de la Dirección General de los Servicios Jurídicos del Gobierno de La Rioja.

Artículo 85. *Régimen de contratación administrativa.*

1. La contratación del Servicio Riojano de Salud se regirá por las normas generales de contratación de las Administraciones Públicas.

2. El Presidente del Servicio Riojano de Salud será el órgano de contratación del organismo autónomo, con las limitaciones que se establecen en esta Ley.

3. En el Servicio Riojano de Salud existirá una Mesa de Contratación constituida con arreglo a lo dispuesto en el número 3 del artículo 35 de la Ley3/2003, de 3 de marzo (B.O.R. 15 de marzo), de organización del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 86. *Régimen jurídico de los actos.*

1. Los procedimientos y actos, así como su impugnación, se someterán a lo contemplado por la normativa reguladora del procedimiento administrativo propio de la Comunidad Autónoma de La Rioja y, en su defecto, por la normativa estatal.

2. Los actos dictados por el Gerente, cuando no pongan fin a la vía administrativa, podrán ser recurridos en alzada ante el Presidente del Servicio Riojano de Salud.

3. Pondrán fin a la vía administrativa:

a) Los actos dictados por el Presidente.

b) Los acuerdos adoptados por el Consejo de Administración.

c) Los actos dictados por el Gerente, cuando así se disponga por norma legal o reglamentaria.

4. La resolución de las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional civil y laboral corresponderá al Presidente del organismo.

5. Será competente para resolver los procedimientos de revisión de oficio de los actos administrativos nulos, y declarar la lesividad de los anulables, el titular de la Consejería a la que esté adscrito el organismo. Cuando los actos procedan del Presidente, máximo órgano rector, la competencia será del Consejo de Gobierno.

6. Será competente para revocar los actos de gravamen o desfavorables el órgano que los hubiera dictado.

7. Los actos del Servicio Riojano de Salud relativos a los servicios y prestaciones sanitarios de la Seguridad Social serán impugnables en los mismos supuestos y con los mismos requisitos que la legislación general establece en relación a las entidades gestoras de la Seguridad Social.

CAPÍTULO VI

Estructura del Servicio Riojano de Salud

Artículo 87. *Estructura.*

El Servicio Riojano de Salud se estructura en los siguientes máximos órganos de dirección:

a) El Presidente, que lo será el titular de la Consejería competente en materia de salud.

b) El Consejo de Administración.

c) El Gerente.

Artículo 87 bis. *El Presidente del Servicio Riojano de Salud.*

1. El Presidente del Servicio Riojano de Salud es el titular del organismo, su máximo órgano rector y ostenta la máxima representación del mismo. Será, a su vez, el Presidente del Consejo de Administración.

2. El Presidente del Servicio Riojano de Salud ejercerá las siguientes funciones:

a) Ostentar la máxima representación institucional del organismo.

b) La Dirección e inspección interna del Servicio.

c) La Dirección de todo el personal del organismo, ya sea estatutario, funcionario o laboral.

En relación con el personal estatutario ejercerá todas las competencias a excepción de las que se atribuyen al Consejo de Gobierno y la resolución de los expedientes de compatibilidad que corresponden al titular de la Consejería competente en materia de Administraciones Públicas.

En relación con el personal funcionario de los Cuerpos y Escalas sanitarias así como del personal funcionario no sanitario y del personal laboral que preste sus servicios en los centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes del Servicio Riojano de Salud, tendrá atribuidas las siguientes competencias:

1. Las que con carácter general disponen los Secretarios Generales Técnicos en las Consejerías.

2. Contratar y disponer el cese del personal laboral de carácter temporal que preste sus servicios en los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

3. Nombrar y disponer el cese de funcionarios interinos de carácter sanitario, que presten sus servicios en los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

4. Reconocer las situaciones administrativas.
5. Reconocer trienios, expedir certificados y reconocer servicios previos a efectos de la Ley 70/1978, de 26 de diciembre.
6. Autorizar las Comisiones de Servicios en el ámbito del Servicio Riojano de Salud.
7. Conceder permisos, licencias y reducciones de jornada.
8. Convocar y resolver los procedimientos de provisión de puestos de trabajo en el ámbito de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

d) La dirección de todos los recursos materiales y financieros del organismo.
e) Autorizar la contratación de los puestos directivos del Servicio, a propuesta del Gerente.
f) Definir los criterios de actuación del Servicio Riojano de Salud de acuerdo con las directrices del Plan de Salud de La Rioja.
g) Someter a informe del Consejo de Administración las propuestas que reciba del Gerente sobre la estructura del organismo autónomo, la relación de puestos de trabajo del mismo, y el régimen de funcionamiento de los centros, servicios e instituciones sanitarias dependientes; así como impulsar su posterior tramitación.
h) Instar las actuaciones necesarias para la ejecución de las decisiones judiciales que afecten al organismo.
i) Cualquier otra dentro del ámbito del organismo que no haya sido legal o reglamentariamente asignada a otro órgano.
j) Establecer, actualizar y rescindir los conciertos sanitarios con un valor estimado de hasta 6 millones de euros.
k) Realizar las funciones inherentes al órgano de contratación en el supuesto de obras de primer establecimiento, reforma o gran reparación, así como en obras de demolición relativas al Servicio Riojano de Salud, cuyo valor estimado en todos los casos sea de hasta 6 millones de euros.

3. En cuanto Presidente del Consejo de Administración ejercerá las siguientes funciones:

a) Convocar las reuniones del Consejo de Administración así como presidir y dirigir sus sesiones.
b) Aprobar el orden del día de las sesiones del Consejo de Administración.
c) Velar por el cumplimiento de los acuerdos del Consejo de Administración y de las normas que regulen el Servicio Riojano de la Salud.
d) Adoptar en caso de urgencia las resoluciones necesarias, dando cuenta de aquéllas al Consejo de Administración en la siguiente sesión.

4. El Presidente del Servicio Riojano de Salud, como tal, podrá delegar el ejercicio de cualquiera de sus competencias, a no ser que expresamente se disponga lo contrario.

Artículo 88. *Consejo de Administración del Servicio Riojano de Salud. Definición, composición y funcionamiento.*

1. El Consejo de Administración estará integrado por los siguientes miembros:

a) Presidente: El Presidente del organismo.
b) Vicepresidente: El titular de la Dirección General competente en materia de salud.
c) Vocales: Cuatro representantes de la Comunidad Autónoma de La Rioja, nombrados libremente por el Presidente del organismo.
El Gerente del Servicio Riojano de Salud.
Dos representantes de los municipios, designados por y entre los representantes de los Ayuntamientos en el Consejo Riojano de Salud.
Dos representantes de las asociaciones empresariales más representativas.
Dos representantes de los Sindicatos más representativos.

2. La Secretaría del Consejo de Administración será desempeñada por el Secretario general técnico de la Consejería con competencias en materia de salud, que actuará con voz y voto. En el ejercicio de esta función, dicha Secretaría General Técnica se constituye en el soporte administrativo y de asesoramiento del Consejo de Administración.

3. A las sesiones del Consejo de Administración podrán asistir, a propuesta del Presidente, otros cargos directivos del Servicio Riojano de Salud, siempre que en el orden del día se traten asuntos relativos al ámbito de sus respectivas direcciones. Los que asistan en tal condición lo harán con voz pero sin voto.

Artículo 89. *Atribuciones y funciones del Consejo de Administración del Servicio Riojano de Salud.*

1. Corresponde al Consejo de Administración del Servicio Riojano de Salud las siguientes atribuciones:

a) Dar su conformidad al anteproyecto del presupuesto del Servicio Riojano de Salud antes de su remisión a la Consejería competente en materia de presupuestos.
b) Informar sobre los criterios de actuación del Servicio Riojano de Salud, de acuerdo con las directrices marcadas en el Plan de Salud de La Rioja.
c) Evaluar anualmente los programas de actuaciones y resultados.
d) Aprobar la Memoria Anual del Servicio Riojano de Salud.
e) Aprobar y elevar a la Consejería competente en materia de salud el estado de cuentas anual del Servicio Riojano de Salud.
f) Ser oído con carácter previo a la propuesta de nombramiento de Gerente del Servicio Riojano de Salud.
g) Tener conocimiento de la contratación de los cargos directivos del Servicio Riojano de Salud.
h) Proponer a la Consejería competente en materia de salud, para la tramitación que corresponda, el establecimiento y revisión de precios públicos por la utilización de sus centros y servicios, de conformidad con la normativa vigente.
i) Informar la propuesta de estructura orgánica y de relación de puestos de trabajo del Servicio Riojano de Salud.
j) Formular propuestas de actuación en materias competencia del Servicio Riojano de Salud.
k) Informar los reglamentos de funcionamiento y régimen interior de los centros, servicios e instituciones sanitarias dependientes del Servicio Riojano de Salud.
l) Ser informado de las delegaciones que se efectúen dentro del ámbito del Servicio Riojano de Salud.
m) Cualesquiera otras funciones que le puedan corresponder legal o reglamentariamente.

2. El régimen jurídico del Consejo de Administración del Servicio Riojano de Salud se ajustará a las normas básicas contenidas en el Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
No obstante, el Consejo de Administración se reunirá en sesión ordinaria al menos una vez por trimestre, pudiéndose convocar en sesión extraordinaria cuando los asuntos así lo requieran, a criterio del Presidente, o cuando lo soliciten, al menos, un tercio de sus miembros.

Artículo 90. *Funciones del Presidente del Consejo de Administración del Servicio Riojano de Salud.*

(Sin contenido).

Artículo 91. *El Gerente del Servicio Riojano de Salud.*

1. El Gerente asume las funciones de gestión del Servicio Riojano de Salud de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y con lo que se establezca reglamentariamente.
2. El Gerente es nombrado y cesado libremente por el Consejo de Gobierno de La Rioja, a propuesta del Consejero competente en materia de salud, y oído previamente el Consejo de Administración.

Artículo 92. *Funciones del Gerente del Servicio Riojano de Salud.*

1. El Gerente, a fin de ejercer la gestión del Servicio Riojano de Salud, tiene asignadas las funciones siguientes:

a) Ostentar la representación legal del Servicio Riojano de Salud.
b) Ejecutar y hacer cumplir los acuerdos del Consejo de Administración.
c) La gestión del Servicio Riojano de Salud.
d) Impulsar y coordinar los órganos directivos del Servicio Riojano de Salud.
e) Elaborar la Memoria Anual del Servicio Riojano de Salud para su presentación y aprobación, en su caso, por el Consejo de Administración.
f) Elaborar el borrador del anteproyecto de presupuestos del Servicio Riojano de Salud, de acuerdo con las directrices emanadas de las Consejerías competentes en materia de hacienda y salud.
g) La coordinación entre las distintas áreas y niveles asistenciales del organismo.
h) Efectuar propuestas a la Consejería competente en materia de salud para establecer conciertos sanitarios o convenios singulares de vinculación.
i) Proponer al Presidente del Servicio Riojano de Salud la estructura, relación de puestos de trabajo del mismo y el reglamento de funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos dependientes.
j) Proponer al Presidente del Servicio Riojano de Salud la contratación de los cargos directivos del mismo.
k) Aquellas que pudieran legal o reglamentariamente atribuírsele.

2. El Gerente del Servicio Riojano de Salud podrá delegar en su personal directivo el ejercicio de sus atribuciones, dando cuenta de ello al Consejo de Administración del Servicio Riojano de Salud.

Artículo 93. *Áreas de Salud y Gerentes de Área.*

1. Cada Área de Salud estará dirigida por un Gerente de Área el cual dependerá directamente del Gerente del Servicio Riojano de Salud.
2. Cada Gerente de Área gestionará los recursos existentes en la misma que se le asignen para ofrecer, de manera coordinada, la atención primaria y la atención especializada a su población de referencia.
3. El Consejo de Administración del Servicio Riojano de Salud a propuesta del Gerente del Servicio Riojano de Salud autorizará la contratación del Gerente del Área de Salud.
4. El número y estructura de las Áreas de Salud se establecerán reglamentariamente.

[. . .]

§ 26

Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud. [Inclusión parcial]

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 146, de 3 de diciembre de 1990
«BOE» núm. 71, de 23 de marzo de 1991
Última modificación: 14 de marzo de 2019
Referencia: BOE-A-1991-7462

[. . .]

TÍTULO VI

Del Servicio Navarro de Salud

CAPÍTULO I

Naturaleza y fines

Artículo 45.

1. Se crea el Servicio Navarro de Salud como un Organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

2. El Organismo autónomo Servicio Navarro de Salud queda adscrito al Departamento de Salud, que ejercerá sobre el mismo las facultades de alta dirección, control y tutela que le atribuyen esta Ley Foral y el ordenamiento jurídico-administrativo.

Artículo 46.

1. Es objeto del Servicio Navarro de Salud la organización y gestión en régimen descentralizado de los servicios y prestaciones de atención primaria de salud y de asistencia especializada. El Servicio Navarro de Salud podrá también gestionar los servicios y programas que las Administraciones Públicas le encomienden.

2. A tal efecto, el Servicio Navarro de Salud gestionará los siguientes Centros y establecimientos que se le adscriben a continuación:

a) Los Centros y establecimientos de asistencia sanitaria de la Administración de la Comunidad Foral.

b) Los Centros y establecimientos de asistencia sanitaria de la Seguridad Social cuya gestión sea transferida al Gobierno de Navarra.

3. Por vía reglamentaria se podrán adscribir también al Servicio Navarro de Salud Centros y servicios sanitarios necesarios para el cumplimiento de sus fines.

CAPÍTULO II

Estructura orgánica

Artículo 47.

El Servicio Navarro de Salud se estructura en los siguientes órganos centrales:

1. De dirección: El Consejo de Gobierno.
2. De gestión:

a) El Director Gerente.
b) Las Direcciones que se establezcan reglamentariamente.

3. De participación:

El Consejo Navarro de Salud, sin perjuicio de las funciones encomendadas en el artículo 43.

Sección 1ª. Órgano directivo

Artículo 48.

1. El Consejo de Gobierno estará integrado por tos siguientes miembros:

Presidente: El Consejero de Salud.
Vicepresidente: El Director general de Salud.
Vocales con voz y voto:

El Secretario general de Presidencia e Interior.
El Director general de Economía y Hacienda.
El Director general de Trabajo y Bienestar Social.
Dos miembros designados por la Federación Navarra de Municipios y Concejos entre miembros de las Corporaciones Locales.
Dos miembros designados libremente por el Gobierno, a propuesta del Consejero de Salud.

Vocal con voz y sin voto:

El Director gerente del Servicio Navarro de Salud.

Secretario:

El Secretario técnico del Departamento de Salud.

2. A las sesiones del Consejo de Gobierno podrán asistir, con voz y sin voto, a propuesta del Presidente, los Directores del Servicio Navarro de Salud.
3. Los Vocales en representación de la Federación Navarra de Municipios y Concejos serán designados por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de ser nuevamente designados, siempre que disfruten de la representación local requerida.
4. La condición de miembros del Consejo de Gobierno será incompatible con cualquier vinculación con Empresas o Entidades mercantiles relacionadas con el suministro o la dotación de material sanitario, productos farmacéuticos o, en general, con intereses mercantiles o comerciales relacionados con el sector sanitario.

Artículo 49.

Corresponden al Consejo de Gobierno las siguientes atribuciones:

a) Aprobar el anteproyecto de Presupuestos del Servicio Navarro de Salud.
b) Definir los criterios de actuación del Servicio Navarro de Salud, de acuerdo con las directrices emanadas del Departamento de Salud.
c) La gestión ordinaria del patrimonio adscrito al Servicio Navarro de Salud y aprobar las propuestas de inversiones generales.
d) Aprobar la Memoria anual del Servicio Navarro de Salud.

e) Aprobar y elevar al Departamento de Salud el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable del Servicio Navarro de Salud.

f) Establecer, actualizar y rescindir conciertos para la prestación de servicios asistenciales con Entidades públicas y privadas.

g) Proponer al Departamento de Salud el régimen de precios y tarifas por la utilización de los Centros y servicios.

h) Controlar y supervisar la actuación del Director gerente.

i) Aprobar la organización interna de los servicios, Centros y unidades.

j) Aprobar el plan general director y los programas de actuación del Servicio Navarro de Salud, y elevarlos al Departamento de Salud para su integración en el Plan de Salud de Navarra.

k) Aprobar los reglamentos de funcionamiento y de régimen interior.

I) Gestión en materia de recursos humanos con el conjunto de competencias adecuadas a tal fin, salvo las expresamente reservadas al Gobierno de Navarra.

m) Impulsar y mantener los sistemas de información sanitarios y soporte informático necesarios para la gestión de los Centros y servicios.

Sección 2ª. Órganos de gestión

Artículo 50.

1. El Director gerente asume las funciones de dirección y gestión del Servicio Navarro de Salud.

2. El Director gerente será designado y separado libremente por e! Gobierno de Navarra a propuesta del Consejero de Salud.

Artículo 51.

1. Corresponden al Director gerente las siguientes funciones:

a) Ejecutar y hacer cumplir los acuerdos del Consejo de Gobierno, así como hacer cumplir las disposiciones que regulan la actuación del Servicio Navarro de Salud.

b) La dirección, representación legal, gestión e inspección interna de la totalidad de las actividades y servicios del Servicio Navarro de Salud.

c) Impulsar, coordinar y evaluar a todos los órganos directivos del Servicio Navarro de Salud.

d) Dictar las instrucciones y las circulares relativas al funcionamiento y la organización internas del Servicio Navarro de Salud.

e) Autorizar los pagos y gastos de transferencias y de funcionamiento del Servicio Navarro de Salud, conforme a las normas de la Ley Foral de la Hacienda de Navarra.

f) Elaborar el plan general director y los programas de actuación del Servicio Navarro de Salud y elevarlos al Consejo de Gobierno.

g) Elaborar la Memoria anual del Servicio Navarro de Salud.

h) Formular el borrador de anteproyecto de presupuestos.

i) Las funciones en materia de personal que expresamente le sean atribuidas por el Consejo de Gobierno.

j) Velar por la mejora de los métodos de trabajo y por la introducción de las innovaciones tecnológicas adecuadas, y también por la conservación y mantenimiento de los Centros, instalaciones y equipos y por la optimización de los ingresos y gastos.

k) Actuar como órgano de contratación del Organismo autónomo.

I) Cualquier otra que le pueda ser encomendada por el Consejo de Gobierno.

2. El Director gerente podrá delegar el ejercicio de sus atribuciones en los Directores de los servicios centrales y periféricos, así como en los Directores de los Centros, previa autorización del Consejo de Gobierno.

Artículo 52.

La estructura y funciones de los órganos directivos y administrativos, tanto a nivel central como periférico, se determinará reglamentariamente.

Sección 3ª. Órganos de participación

Artículo 53.

Se constituyen como órganos de participación del Servicio Navarro de Salud:

a) El Consejo Navarro de Salud, en el ámbito de los órganos centrales de dirección del Servicio Navarro de Salud y los Consejos de Salud de Área y de Zona Básica, en el ámbito de los órganos directivos periféricos.

b) Las Juntas de Gobierno de los Centros asistenciales que incorporarán en su seno representantes de la Administración sanitaria, de los Ayuntamientos y del personal de los propios Centros.

CAPÍTULO ILI

Organización de las demarcaciones territoriales sanitarias

Sección 1ª. De la Región Sanitaria

Artículo 54.

La Región Sanitaria, en cuanto unidad de gestión sanitaria del Servicio Navarro de Salud, será dirigida y gestionada respectivamente por el Consejo de Gobierno y el Director gerente del referido Organismo autónomo.

Sección 2ª. De las Áreas de Salud

Artículo 55.

Las Áreas de Salud contarán con los órganos de dirección y gestión que se establezcan reglamentariamente.

Sección 3ª. De las estructuras de atención primaria

Artículo 56.

Las estructuras de atención primaria se constituyen por los Centros asistenciales y por la totalidad de profesionales sanitarios y no sanitarios vinculados o adscritos a las Administraciones Públicas de la Comunidad Foral y por los que se adscriban a la Red Sanitaria de Utilización Pública, que desarrollen sus actividades en el nivel primario de atención en el ámbito de las Zonas Básicas de Salud.

Los referidos profesionales quedan adscritos a la estructura de atención primaria, con respecto al régimen económico administrativo del que procedan.

Les corresponde realizar, mediante el trabajo en equipo, todas las actuaciones relativas a la asistencia sanitaria individual respecto a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, así como la colaboración con los programas de medicina comunitaria y salud pública que se establezcan en la Zona Básica de Salud.

Artículo 57.

1. La Zonas Básicas de Salud estarán dotadas con el personal y Centros de salud que reglamentariamente se determine.

2. Los Centros de salud cooperarán con los Ayuntamientos prestándoles apoyo técnico para el ejercicio de sus competencias de salud pública.

3. El personal sanitario de las Zonas Básicas de Salud dispondrá del apoyo de los Centros y servicios del Área de Salud a la que pertenezcan.

Artículo 58.

1. La implantación de las Zonas Básicas de Salud se realizará conforme a lo previsto en la Ley Foral 22/1985, de 3 de noviembre, de Zonificación Sanitaria de Navarra.

2. La estructuración, organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud se establecerá por vía reglamentaria.

3.1 Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 2 anterior, el nombramiento de Director de Zona Básica de Salud se realizará para un período de tres años por el Director-Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de entre una terna del personal sanitario de los niveles A o B adscritos a la Zona Básica correspondiente, propuesta por los miembros del Equipo de Atención Primaria oído el Consejo de Salud de la Zona.

3.2 La elección de la referida terna se efectuará por el Equipo de Atención Primaria mediante voto personal y secreto y cada miembro del equipo señalará un máximo de tres candidatos.

3.3 El Director-Gerente aplicará para el nombramiento la valoración de los méritos de las propuestas, que se determinarán conforme al baremo que reglamentariamente se apruebe.

CAPÍTULO IV

De la asistencia especializada

Artículo 59.

1. Los Centros y servicios asistenciales del sector público constituirán una Red Asistencial Pública.

El personal facultativo de Atención Primaria y de Asistencia Especializada participará conjuntamente en la prestación de los servicios que se establezcan para garantizar la atención continuada a la población del Área de Salud.

2. Los Centros hospitalarios del sector público serán gestionados descentralizadamente mediante órganos de gobierno unipersonales y colegiados, que ostentarán las competencias en materia de personal, contratación administrativa y gestión presupuestaria que se determinen reglamentariamente.

3. Todos los recursos públicos especializados extrahospitalarios actuarán en coordinación con los servicios de los respectivos hospitales.

Artículo 60.

1. Los Centros y servicios asistenciales de carácter hospitalario y extrahospitalario del sector privado podrán integrarse con la Red Asistencial Pública en una Red Asistencial de Utilización Pública, previo concierto con el Servicio Navarro de Salud, para la coordinación y adecuada utilización de los recursos sanitarios.

2. Reglamentariamente se determinará el nivel y servicio que corresponda a cada uno de los hospitales integrados en la Red Asistencial de Utilización Pública.

3. La incorporación o adscripción a la Red Asistencial de Utilización Pública conlleva el desarrollo, además de tareas estrictamente asistenciales, la colaboración en programas sanitarios o docentes que se les encomiende, que deberán precisarse en el correspondiente concierto.

Artículo 61.

1. El Gobierno de Navarra aprobará las normas de acreditación específicas de los Centros y servicios de la Red Asistencial de Utilización Pública.

2. Dichas normas de acreditación, que serán desarrolladas reglamentariamente, habrán de comprender necesariamente los siguientes aspectos:

a) Calificación de los Centros o servicios.

b) Criterios en relación con la estructura física, organizativa, de personal y funcional.

Artículo 62.

Los certificados de acreditación se otorgarán por un período máximo de cinco años, quedando sujetos a las verificaciones que se consideren oportunas en dicho período.

CAPÍTULO V

Régimen jurídico de los actos

Artículo 63.

1. El régimen jurídico de los actos del Servicio Navarro de Salud será el establecido en el capítulo II del título IV de la Ley Foral 23/1983, de 11 de abril, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.
2. Los actos administrativos, referentes a personal, contrataciones y presupuestos, se regirán por la normativa especifica de la Administración Foral.

Artículo 64.

1. Contra los actos dictados por el Servicio Navarro de Salud procederá el recurso de alzada ante el Gobierno de Navarra.
2. El recurso habrá de deducirse en la forma y plazos previstos por la legislación vigente para la administración directa de la Comunidad Foral.

CAPÍTULO VI

Patrimonio

Artículo 65.

Integran el patrimonio del Servicio Navarro de Salud:

a) Los bienes y derechos de toda índole cuya titularidad corresponda al patrimonio de Navarra, que le sean adscritos para el cumplimiento de sus fines.
b) Los bienes y derechos de toda índole afectos a la gestión y ejecución de los servicios sanitarios transferidos de la Seguridad Social, que le sean adscritos de acuerdo con el Decreto de transferencias.
c) Cualquier otro bien o derecho que reciba por cualquier título.

Artículo 66.

El régimen jurídico de los bienes y derechos adscritos o propios del Servicio Navarro de Salud será el regulado en el título VIII de la Ley Foral 17/1985, de 27 de septiembre, del Patrimonio de Navarra.

CAPÍTULO VII

Hacienda y presupuesto

Artículo 67.

Son ingresos del Servicio Navarro de Salud:

a) Los recursos que con carácter finalista reciba el Gobierno de Navarra de los presupuestos de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
b) Los recursos que le sean asignados con cargo a los presupuestos de la Comunidad Foral.
c) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos que tenga afectos.
d) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir, a tenor de las disposiciones vigentes.
e) Los ingresos procedentes de conciertos con Entidades aseguradoras de asistencia sanitaria o con Administraciones Públicas, en su caso.
f) Las subvenciones y aportaciones voluntarias de Entidades y particulares.
g) Cualquier otro recurso que se le atribuya.

Artículo 68.

Salvo en lo previsto en esta Ley Foral, la estructura, procedimiento de elaboración, ejecución y liquidación del presupuesto del Servicio Navarro de Salud se regirán por lo previsto en la Ley Foral 8/1988, de 26 de diciembre, de la Hacienda Pública de Navarra.

Artículo 69.

1. El ejercicio de la función interventora en el Servicio Navarro de Salud se realizará conforme a las previsiones contenidas en la Ley Foral 8/1988, de 26 de diciembre, de la Hacienda Pública de Navarra.
2. Sin perjuicio de lo previsto en el apartado anterior, el control financiero del Organismo autónomo se efectuará por el procedimiento de auditorías.

[. . .]

§ 27

Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud. [Inclusión parcial]

Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
«BOPA» núm. 71, de 11 de abril de 2019
«BOE» núm. 126, de 27 de mayo de 2019
Última modificación: 9 de mayo de 2025
Referencia: BOE-A-2019-7841

[. . .]

TÍTULO III

Del Sistema de Salud del Principado de Asturias

CAPÍTULO I

Definición y componentes

Artículo 7. *Sistema de Salud del Principado de Asturias.*

1. El Sistema de Salud del Principado de Asturias es el conjunto organizado y coordinado de todos los recursos, de diferentes ámbitos, capaces de influir sobre el estado de salud de la población de la Comunidad Autónoma.

2. Está constituido por componentes interrelacionados entre sí, de los ámbitos sanitarios, sociales, medioambientales, laborales, educativos, y otros que influyan en la salud.

Artículo 8. *Sistema Sanitario del Principado de Asturias.*

El Sistema Sanitario del Principado de Asturias está constituido por el conjunto de recursos y servicios sanitarios en el territorio de la Comunidad Autónoma, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

Artículo 9. *Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias.*

1. El Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias está constituido por el conjunto de recursos y servicios sanitarios de titularidad pública que tiene por objeto la realización de las actividades sanitarias y la gestión de los servicios sanitarios propios de la Administración del Principado de Asturias y de los transferidos y adscritos, tanto de los dependientes directamente de la Consejería competente en materia de sanidad como de los englobados en el Sespa, con la finalidad de proteger y mejorar el nivel de salud de la población, en todo caso, según los principios rectores de la presente ley, enumerados en el artículo 3.

2. El Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias es parte integrante del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las competencias y funciones que sobre el primero corresponden al Principado de Asturias de conformidad con las leyes.

Artículo 10. *Sespa.*

Corresponde al Sespa la realización de las actividades sanitarias y la gestión de los servicios sanitarios, conforme a los objetivos y principios de la presente ley.

Artículo 11. *Red Sanitaria de Utilización Pública del Principado de Asturias.*

1. La Red Sanitaria de Utilización Pública del Principado de Asturias integra todos los centros de titularidad pública y los de titularidad privada vinculados mediante concierto, convenio u otra forma de gestión integrada o compartida con el Sespa.

2. Reglamentariamente se determinarán los niveles que correspondan a cada uno de los Centros integrados en la Red Sanitaria de Utilización Pública del Principado de Asturias, atendiendo a su grado de especialización y al tipo de prestaciones sanitarias que deben cubrir.

Artículo 12. *Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias.*

1. La Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias, que forma parte de la Red Sanitaria de Utilización Pública del Principado de Asturias, es el conjunto integrado por los centros hospitalarios de titularidad pública y los centros hospitalarios de titularidad privada, dependientes de instituciones o fundaciones sin ánimo de lucro que se vinculen a la misma mediante la formalización de un Convenio Singular.

2. El Convenio Singular tendrá por objeto encomendar la ejecución de un servicio de interés económico general al amparo del artículo 14 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Su régimen económico

deberá respetar el derecho de la Unión Europea sobre ayudas estatales en forma de compensación por servicio público.

3. La vinculación a la Red Hospitalaria Pública conlleva el desarrollo, además de tareas estrictamente asistenciales, de funciones de promoción de la salud y educación sanitaria de la población, medicina preventiva, investigación clínica y epidemiológica, y docencia, de acuerdo con los programas del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias.

4. Las instituciones o fundaciones titulares de Centros vinculados a la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias mantendrán la plena titularidad de los Centros y establecimientos dependientes de las mismas, así como la de las relaciones laborales de su personal, sin perjuicio de que pueda colaborar, en la forma que reglamentariamente se determine, en tales instituciones personal sanitario dependiente del Sespa.

CAPÍTULO II

Usuarios del SESPA y Sistema de Información Poblacional

Artículo 13. *Usuarios del Sespa.*

1. Los usuarios del Sespa son todas las personas residentes en cualquiera de los concejos de Asturias, en las condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales o internacionales de aplicación. Las personas de nacionalidad española no residentes en el Principado de Asturias son usuarias en las condiciones que prevé la legislación estatal.

2. Son usuarios, asimismo, las personas con nacionalidad de los estados miembros de la Unión Europea, en los términos que resulten de la aplicación del derecho de la Unión Europea y de los tratados y convenios suscritos por el Estado español que les sean de aplicación.

3. También son usuarios aquellas personas de los Estados que no pertenecen a la Unión Europea, en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal, la legislación de la Unión Europea y en los convenios suscritos.

4. Además se garantiza la asistencia sanitaria a todas las personas cuando lo exija la preservación de la salud pública.

Artículo 14. *Sistema de Información Poblacional.*

1. Se establece un Sistema de Información Poblacional, como registro en el que figurarán los datos administrativos de todas las personas contempladas en el artículo anterior, con respeto a las garantías exigidas por la legislación de protección de datos.
2. El Sistema de Información Poblacional reflejará la modalidad de acreditación del derecho a la asistencia sanitaria y la asignación de médico y centro sanitario de Atención Primaria.
3. Toda persona registrada en el Sistema de Información Poblacional tendrá asignado un único Código de Identificación Personal (CIP), denominado CIP autonómico, de carácter exclusivo.

CAPÍTULO III

Ordenación territorial

Artículo 15. *Mapa Sanitario.*

1. El Mapa Sanitario del Principado de Asturias es el principal instrumento de planificación territorial sanitaria de la Comunidad Autónoma para la correcta asignación de los recursos, incluyendo la sectorización de los servicios. Se ordena en Áreas de Salud, Zonas Básicas y Especiales de Salud y Distritos de Salud.
2. La aprobación y la modificación del Mapa Sanitario se llevará a cabo mediante decreto del Consejo de Gobierno, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad y habiendo oído al Consejo de Salud del Principado de Asturias.

Artículo 16. *Áreas de Salud.*

1. El Sistema Sanitario del Principado de Asturias se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud que constituyen las unidades funcionales y de gestión fundamentales del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Se delimitan atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación.
2. Cada Área de Salud contará con una dotación de recursos sanitarios de Atención Primaria, de Atención Hospitalaria y de Salud Pública suficientes y adecuados para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio, sin perjuicio de la existencia de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o vinculados a la Red Hospitalaria Pública que, en razón a su alto nivel de especialización, tengan asignado un ámbito de influencia en dos o más Áreas o Distritos de Salud. Cada Área de Salud dispondrá como mínimo de un hospital general.
3. Las Áreas de Salud, constituyen órganos descentralizados para la gestión de los recursos y servicios sanitarios, responsabilizándose de la organización y dirección de los centros y establecimientos del Sespa en su ámbito territorial, así como de la administración de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos, según las funciones atribuidas como propias o que se les deleguen.

Artículo 17. *Zonas Básicas y Especiales de Salud.*

1. Las Áreas de Salud se dividen en Zonas de Salud para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de Atención Primaria. Las Zonas de Salud pueden ser básicas o especiales.
2. Las Zonas Básicas de Salud constituyen las demarcaciones territoriales dentro de las cuales desarrollará su actividad el Equipo de Atención Primaria, garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios.
3. Las Zonas Básicas de Salud estarán dotadas de los medios materiales y humanos necesarios para la adecuada prestación de los servicios y el ejercicio de las funciones que corresponden al Equipo de Atención Primaria.
4. En el ámbito de cada Zona Básica de Salud se coordinarán todos los servicios sociosanitarios públicos de Atención Primaria, con el fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos.

5. Cuando concurran singulares condiciones socioeconómicas, demográficas y de comunicaciones, podrán constituirse Zonas Especiales de Salud.

Artículo 18. *Distritos de Salud.*

1. Cuando los factores geográficos, demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, culturales, de vías y medios de comunicación y de gestión lo aconsejen, el Área de Salud podrá ser dividida en dos o más Distritos de Salud.
2. Los Distritos de Salud estarán integrados por dos o más Zonas Básicas de Salud y/o Zonas Especiales de Salud en el ámbito territorial de su Área de Salud. Cada Distrito de Salud contará, al menos, con un hospital general.

CAPÍTULO IV

Ordenación funcional del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias

Sección 1.ª Actividades del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias

Artículo 19. *Tipología básica de las actividades.*

El Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias desarrolla las siguientes actividades:

a) Actuaciones de la salud pública.
b) Asistencia sanitaria.
c) Asistencia sociosanitaria.
d) Docencia, formación, investigación e innovación.
e) Salud mental.
f) Salud laboral.
g) Evaluación y mejora continua de la calidad y seguridad de los servicios sanitarios.
h) Cualquier otra actividad relacionada con la atención integral de la salud, no enunciada en las letras anteriores.

Artículo 20. *Actuaciones de salud pública.*

1. Las actuaciones de salud pública comprenden el conjunto de iniciativas, actividades y servicios organizados para mejorar la salud colectiva mediante intervenciones poblacionales, las cuales tienen como objetivo la identificación y modificación, en su caso, de los factores determinantes de la salud que evitan o condicionan la aparición de morbilidad, mortalidad prematura o discapacidad.
2. El Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias desarrolla, al menos, las siguientes actuaciones de salud pública:

a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, adoptando acciones sistemáticas de educación para la salud, y de generación de entornos saludables.
b) Elaboración de información y análisis epidemiológicos a nivel territorial para facilitar el conocimiento de las necesidades y de los principales activos para la salud.
c) Promoción y protección de la salud en relación con los riesgos medioambientales, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito.
d) Promoción y protección de la salud, y prevención de los factores de riesgo a la salud en los establecimientos públicos y lugares de convivencia.
e) Vigilancia en salud pública.
f) Prevención de los factores de riesgo y protección de la salud frente a los efectos dañinos producidos por bienes de consumo.
g) Promoción y protección de la salud en relación con los productos farmacológicos, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito.
h) Prevención de los factores de riesgo y protección de la salud frente a las sustancias susceptibles de generar dependencia.
i) Promoción y protección de la salud en relación con la seguridad alimentaria.

j) Prevención y protección de las zoonosis.
k) Promoción y protección de la salud sexual y reproductiva.
l) Protección de la salud materno-infantil.
m) Promoción y protección de la salud escolar.
n) Promoción y protección de la salud mental, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito.
ñ) Fomento de los hábitos de vida saludables entre la población y atención a los grupos sociales de mayor riesgo y, en especial, a la infancia, jóvenes, personas con discapacidad y personas de mayor edad.
o) Promoción y protección de salud deportiva no profesional y prevención de los riesgos generados por su práctica.
p) Detección, análisis y prevención sanitaria de las enfermedades emergentes.
q) Policía sanitaria mortuoria.
r) Control de la publicidad sanitaria.
s) Fomento de la participación y la responsabilidad de las personas en su salud.
t) Detección de inequidades y desigualdades en salud.

3. La Consejería competente en materia de sanidad garantizará de forma efectiva las actuaciones de salud pública descritas en el apartado 2 de este artículo y para ello pondrá en marcha las acciones de coordinación necesarias con el resto de Administraciones e instituciones públicas del Principado de Asturias implicadas para su desarrollo.

Artículo 21. *Actuaciones de asistencia sanitaria.*

El Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias desarrolla las siguientes actuaciones de asistencia sanitaria:

a) Atención primaria de salud, de carácter integral, así como la atención continuada propia de dicho nivel asistencial.
b) Atención hospitalaria en régimen domiciliario, ambulatorio y de hospitalización, incluyendo la asistencia en materia de salud mental, así como la atención continuada correspondiente.
c) Atención a las urgencias y emergencias sanitarias.
d) Prestación de productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares necesarios para la promoción de la salud, curación y rehabilitación de la enfermedad, desarrollando programas de uso racional de los mismos.
e) Ejecución de los programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.
f) Atención bucodental.
g) Atención a personas con problemas de drogodependencia y otras adicciones.
h) Atención en materia de salud sexual y reproductiva.
i) Prevención y tratamiento de las personas con enfermedades crónicas.
j) Atención a las personas con enfermedades raras o poco frecuentes.
k) Atención a las personas que requieren cuidados paliativos.
l) Educación individual y grupal a cuidadores y pacientes en relación con programas de atención específicos.
m) Detección de supuestos y atención a víctimas de violencia de género, de maltrato infantil o maltrato a personas mayores o con discapacidad y, en definitiva, de cualquier colectivo que por su especial situación de vulnerabilidad social requiera una atención especializada y coordinada.

Artículo 22. *Asistencia sociosanitaria.*

1. La atención coordinada social y sanitaria comprenderá un conjunto de actuaciones de carácter integral dirigidas a personas que por sus especiales características o por su situación de vulnerabilidad social pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los sistemas de servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y facilitar su reinserción social.

2. Se basará en la coordinación de las estructuras administrativas, asistenciales y de información de los sistemas sanitario y social y se realizará con el máximo aprovechamiento de recursos.

3. Para el desarrollo de la atención sociosanitaria se establecerán estructuras de coordinación estables entre los sistemas públicos sanitario y social, en las que participarán responsables de los departamentos con competencias en materias sanitarias y sociales, así como profesionales de los ámbitos sanitarios y sociales de las distintas Áreas de Salud del Principado de Asturias.

4. Con carácter plurianual, y con participación de los sistemas sanitario y social, se establecerá un Plan Sociosanitario en el que se reflejarán las distintas líneas de actuación, así como las iniciativas que las desarrollarán, incluida la atención domiciliaria.

Artículo 23. *Actuaciones de docencia, formación, investigación e innovación.*

1. El Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias colaborará en la docencia pregraduada de Ciencias de la Salud y desarrollará las actuaciones correspondientes a la formación sanitaria especializada ya la formación continuada.

2. Todos los centros, servicios y unidades del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias deben favorecer y desarrollar actividades de investigación e innovación en el ámbito de las Ciencias de la Salud. La investigación sanitaria ha de contribuir a la promoción y mejora de la salud de la población del Principado de Asturias, principalmente en las áreas de intervención priorizadas en el Plan de Salud y el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación.

3. La Consejería competente en materia de sanidad, en colaboración con el departamento competente en materia de universidad y para el ámbito de sus competencias, supervisará los procedimientos a que han de ajustarse las actividades de docencia e investigación, garantizando el respeto a los derechos de los usuarios, y fomentará la cooperación con otras organizaciones que realicen actividades en materia de docencia, investigación e innovación, en especial con la Universidad de Oviedo.

4. La Consejería competente en materia de sanidad, en colaboración con la Consejería con competencias en materia de investigación, desarrollo tecnológico e innovación, fomentará la constitución de los organismos y estructuras necesarios para favorecer la investigación y la innovación en materia de Ciencias de la Salud.

Artículo 24. *Actuaciones de salud mental.*

1. La atención a la salud mental es el conjunto de actuaciones integrado en el sistema sanitario público del Principado de Asturias y que, coordinado con las distintas instituciones y organismos comunitarios, está destina a proporcionar una atención integral que responda a las necesidades básicas de autonomía y autocuidado de las personas con enfermedades mentales y sus familias.

2. La atención en salud mental requiere una ordenación territorial basada en el Área de Salud, debiendo adecuarse a las peculiaridades y necesidades de cada territorio, estableciendo la coordinación necesaria dentro del Área, tanto con Atención Primaria como con Atención Hospitalaria, y entre Áreas para el uso de los recursos existentes con el fin de asegurar la igualdad efectiva.

3. La Red de Salud Mental del Principado de Asturias, constituida por centros y servicios específicos, desarrolla el modelo comunitario de atención, el cual reconoce a las personas que presentan una enfermedad mental todos sus derechos y responsabilidades de ciudadano.

4. La Red de Salud Mental impulsará mecanismos de participación de la comunidad en la gestión y evaluación y desarrollará medidas de mejora continua, especialmente en el ámbito de la promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad, investigación y formación del personal sanitario. La Red de Salud Mental tendrá una unidad de coordinación, dependiente del Sespa, a la que corresponderá la formulación de programas y objetivos asistenciales en relación con todos los dispositivos de la Red.

5. La Consejería competente en materia de sanidad y el Sespa promoverán actuaciones coordinadas sobre los determinantes que influyen en la salud mental de la población del Principado de Asturias, así como para la lucha contra el estigma.

Artículo 25. *Actividades de salud laboral.*

Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, de acuerdo con la legislación estatal:

a) El diseño e implantación del sistema de información que permita la elaboración, junto con las autoridades laborales competentes, de mapas de riesgos laborales y la realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores.
b) La promoción de medidas sanitarias de prevención de riesgos laborales.
c) La supervisión de la formación que, en materia de prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal sanitario actuante en los servicios de prevención autorizados.
d) Cualquier otra atribuida a la autoridad sanitaria en la legislación de prevención de riesgos laborales, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos de la Administración en las leyes vigentes.

Artículo 26. *Actividades de evaluación y mejora de la calidad y seguridad de los servicios sanitarios.*

1. La evaluación de la calidad asistencial y de propuestas de mejora de la misma se realizará de forma continua en los centros y establecimientos del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias y de todos los servicios que presta.
2. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá los sistemas de evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios y procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, garantizando la participación de usuarios y profesionales.
3. Todos los centros y servicios sanitarios del Sistema Sanitario del Principado de Asturias se implicarán en la evaluación y mejora de la calidad.
4. La Consejería competente en materia de sanidad elaborará, con carácter plurianual, un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente del Principado de Asturias. Se publicará anualmente una Memoria con los indicadores de calidad y seguridad, definidos en el mismo, que permita la evaluación del Plan y del grado de cultura de seguridad de la organización sanitaria, incluyendo, entre otros datos, los incidentes ligados a la atención sanitaria.

Sección 2.ª De los niveles asistenciales del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias y de su funcionamiento como red integrada de servicios

Artículo 27. *Niveles asistenciales.*

1. Los distintos servicios del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias se ordenan de acuerdo a sus características específicas en:

a) Atención Primaria.
b) Atención Hospitalaria.
2. Ambos niveles actuarán en cooperación y en ellos se realizan también las actividades relativas a atención a las urgencias y emergencias sanitarias, a la atención sociosanitaria y a las actuaciones de salud pública necesarias.

Artículo 28. *Atención Primaria.*

1. La Atención Primaria es la primera atención que ofrece el Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias a la población. Es la modalidad de asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías sencillos, científicamente fundados, socialmente aceptables y eficientes. Sus características definitorias son:

a) Es el eje nuclear del sistema sanitario público, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida de la persona, actuando como gestor y coordinador de casos.
b) Es el conjunto de actividades relativas a la promoción y prevención de la salud y asistencia sanitaria esencial.

c) Es el primer nivel asistencial, sirviendo de enlace entre el mismo y la comunidad.

d) Cuenta con un desarrollo organizativo que favorece la distribución de recursos y las actividades entre los diferentes niveles asistenciales.

e) Orientada a garantizar el acceso en equidad y facilita la responsabilidad personal en la preservación de la salud.

f) Trabaja con una orientación comunitaria, participando en procesos de acción comunitaria que se desarrollen en el territorio y estableciendo un trabajo colaborativo con las entidades locales y con los diferentes agentes de salud, a través de los espacios de participación pertinentes.

2. Asimismo la Atención Primaria desarrolla, en cooperación con la Atención Hospitalaria, funciones de investigación y docencia.

3. Es función primordial de la Atención Primaria la realización y coordinación de actividades, así como de los recursos destinados a la prevención de las enfermedades crónicas y a la atención a los pacientes con dicho tipo de enfermedades y también a las personas necesitadas de cuidados paliativos, dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece y de la proximidad al entorno más inmediato de sus pacientes, así como su configuración en equipos multidisciplinares.

4. El Equipo de Atención Primaria estará formado por el personal que sea preciso para el desarrollo de sus funciones. Su estructura y dotación de recursos materiales y humanos deberán ser suficientes para atender todas las funciones previstas en este artículo y dar así respuesta a todas las necesidades sanitarias y sociales de la Zona de Salud.

5. El personal de Atención Primaria desarrollan sus funciones en las Zonas de Salud, prestando sus servicios en los centros de salud, consultorios y unidades de apoyo de la Atención Primaria, de manera que se garantice la accesibilidad de la población a los servicios de salud.

6. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá las características mínimas de los centros de Atención Primaria.

7. Los Equipos de Atención Primaria se coordinarán con los servicios y recursos de otros ámbitos existentes en su zona de salud, para fomentar la promoción, prevención y protección de la salud.

Artículo 29. *Atención Hospitalaria.*

1. La Atención Hospitalaria es el segundo nivel asistencial del Sistema Sanitario Público y está orientada al diagnóstico y tratamiento de los procesos que a causa de su complejidad sean derivados desde el ámbito de la Atención Primaria.

2. La Atención Hospitalaria desarrolla las funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación. También desarrolla las funciones de investigación y docencia, en cooperación con la Atención Primaria.

3. En el marco territorial de cada Área de Salud y de cada Distrito de Salud existirá, al menos, un hospital general de la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias. Dicho hospital estará dotado de los servicios que aconseje la población a asistir, en cuanto a volumen y estructura de la misma y sus problemas de salud.

El Área de Salud podrá disponer, en su demarcación, para el mejor desarrollo de sus actividades, de otros hospitales de la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias, en cuyo caso se designará uno como hospital de referencia del Área. Los hospitales de titularidad pública de una misma Área o Distrito de Salud podrán conformar un complejo hospitalario.

Los Centros de Especialidades y el resto de las instituciones abiertas de atención hospitalaria pertenecientes a la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias, independientemente de la denominación que ostenten, quedarán vinculados al hospital de Área o de Distrito.

4. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá un sistema de centros y servicios de referencia dentro de la Comunidad Autónoma, a los que podrán acceder los usuarios de diversas Áreas de Salud, que permitirá la asistencia de los pacientes cuyas patologías hayan superado la posibilidad de diagnóstico y tratamiento en su Área de residencia.

5. La Consejería competente en materia de sanidad promoverá el establecimiento de mecanismos que permitan que, una vez agotadas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas existentes en el ámbito del Principado de Asturias, los pacientes puedan acceder a servicios asistenciales fuera de la Comunidad Autónoma.

6. Asimismo, la Consejería competente en materia de sanidad:

a) Velará por el establecimiento de unidades de referencia de carácter nacional, en virtud de la excelencia de los servicios que ofrezcan, de acuerdo a la normativa estatal aplicable.

b) Garantizará que la gestión y el funcionamiento del Instituto Nacional de Silicosis sean los adecuados a su carácter de centro de referencia nacional para las enfermedades respiratorias de origen laboral.

Artículo 30. *Atención de las urgencias y emergencias.*

1. La atención a la demanda urgente, como una actividad más de la atención sanitaria, recaerá sobre los centros y servicios sanitarios que formarán parte del sistema de urgencias y emergencias sanitarias del Principado de Asturias.

2. En el ámbito de la Atención Primaria los puntos de atención continuada, los servicios de urgencia de atención primaria y el servicio de atención médica urgente, serán los recursos destinados a dar atención permanente y urgente a la población de las zonas de salud correspondientes. El establecimiento de los puntos de atención continuada se hará, en el número y localización que se considere necesario, atendiendo a las características geográficas, demográficas, de infraestructura viaria, de carácter epidemiológico y de gestión, por el Director Gerente del Sespa.

3. En el ámbito de la Atención Hospitalaria serán los hospitales y complejos hospitalarios que se determinen, por el Director Gerente del Sespa, los responsables de ofertar la asistencia a urgencias y emergencias que por su mayor complejidad así lo requieran.

4. Se establecerá una unidad para coordinar la atención de las urgencias y emergencias sanitarias, responsable del servicio de atención médica urgente, a la que le corresponderá la formulación de programas y objetivos asistenciales en relación con todos los dispositivos que prestan la atención sanitaria de urgencia y emergencia en el territorio, incluido el transporte sanitario y sin perjuicio de las competencias y de la adscripción de personal que correspondan a cada nivel asistencial.

5. Las llamadas de urgencias y emergencias sanitarias que se produzcan en el territorio de la Comunidad Autónoma, se coordinarán a través del teléfono 112 Asturias del Servicio de Emergencias del Principado de Asturias.

Artículo 31. *Modelo de Red Integrada de Servicios.*

1. Las actividades del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias realizadas en los niveles asistenciales descritos en los artículos precedentes se ordenarán siguiendo el modelo de Red Integrada de Servicios con base poblacional.

2. Dicha ordenación tiene como objetivo gestionar conjuntamente las actividades necesarias para la prestación de un servicio con independencia del nivel asistencial y de los centros donde estas se realizan, es decir en forma de proceso, eliminando así barreras para la continuidad asistencial y consiguiendo mejorar la efectividad y la eficiencia del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias.

3. Para hacer efectivo el funcionamiento de la Red Integrada de Servicios se procederá a:

a) Integrar la gestión de todas las estructuras y servicios correspondientes a los diferentes niveles asistenciales dentro del Área de Salud, incluyendo la coordinación con los centros de titularidad privada que forman parte de la Red Sanitaria de Utilización Pública del Principado de Asturias.

b) Propiciar la integración de sus profesionales mediante la implantación de un modelo de gestión que favorezca el trabajo interdisciplinar y la participación de sus profesionales en la organización y gestión de los servicios.

c) Facilitar la integración funcional mediante la implantación de un sistema de calidad que implique a todos los centros y servicios y mediante la adecuación de los sistemas de información sanitarios y de las tecnologías de la información y comunicación, que se

realizará en forma adaptada al funcionamiento como Red Integrada de Servicios del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, facilitando la orientación al trabajo por procesos y la continuidad asistencial.

CAPÍTULO V

El Plan de Salud

Artículo 32. *El Plan de Salud.*

1. En el marco de las directrices de política sanitaria establecidas por el Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, se elaborará el Plan de Salud, que será el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud y de servicios sanitarios en el ámbito del Principado de Asturias.

2. El Plan de Salud incluirá las líneas directivas y de planificación de actividades, programas, planes, estrategias y recursos necesarios para alcanzar, en cada periodo temporal, los objetivos de salud que guiarán la actuación de las administraciones públicas.

3. En particular, el Plan de Salud contemplará:

a) El análisis de la situación inicial y su valoración incluyendo la situación del estado de salud, de los servicios y productos generados, y de la ordenación sanitaria y jurídico-administrativa existente.

b) Las acciones intersectoriales, interinstitucionales y colaborativas que se desarrollarán con otras consejerías, de acuerdo con el principio de salud en todas las políticas.

c) La identificación de las necesidades, los problemas y los activos para la salud de la Comunidad Autónoma.

d) Los objetivos de salud por áreas de actuación.

e) Las prioridades de intervención sobre las necesidades detectadas, de acuerdo a los recursos y activos disponibles.

f) La definición de las estrategias de intervención con respecto a:

1.º La vigilancia de la salud y la identificación de los indicadores necesarios.
2.º La acción comunitaria, la promoción de la salud y la educación para la salud.
3.º La prevención de la enfermedad, la atención sanitaria, sociosanitaria y rehabilitadora
4.º La equidad en salud y la reducción de desigualdades evitables.
5.º La reducción de la variabilidad en la atención sanitaria.
6.º La efectividad, la eficiencia y la sostenibilidad de las actuaciones sanitarias
7.º La seguridad y la calidad de las actuaciones.
8.º La comunicación, la humanización y la autonomía.
9.º La satisfacción de los ciudadanos con los resultados alcanzados.

g) La determinación de los programas de salud a desarrollar definidos en términos de problemas de salud, población objetivo, actuaciones y servicios a prestar y objetivos a lograr.

h) Las herramientas de implantación del Plan en los diversos sectores: sanitario, educativo, laboral ambiental y servicios sociales o en aquellos otros donde se podría realizar un impacto en la salud poblacional.

i) Los presupuestos desglosados por áreas de intervención.

j) El presupuesto financiero global del Plan de Salud.

k) La monitorización de los principales indicadores que, en términos de resultados en salud y de equidad, permitan valorar el estado de salud de la población.

l) El calendario general de actuación.

m) Los recursos necesarios para atender el cumplimiento de las acciones propuestas en el Plan.

4. El Plan de Salud será elaborado por la Consejería competente en materia de sanidad. Una vez sometido a información pública e informado el por Consejo de Salud del Principado de Asturias, será aprobado por el Consejo de Gobierno a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad. Una vez aprobado, el Plan será enviado a la Junta General del Principado de Asturias a los efectos que procedan de acuerdo con el Reglamento de la Cámara. Tendrá un plazo mínimo de vigencia de 5 años.

5. Bienalmente, la Consejería competente en materia de sanidad elaborará y remitirá a la Junta General del Principado de Asturias un informe con la evaluación del cumplimiento de áreas y actuaciones propuestas en el Plan de Salud.

6. Reglamentariamente se regulará el procedimiento de elaboración, modificación y revisión del Plan, así como la evaluación de su cumplimiento.

Artículo 33. *El Observatorio de Salud.*

1. La Consejería competente en materia de sanidad constituirá el Observatorio de Salud como unidad de carácter científico-técnico para el asesoramiento e información y de participación en temas de salud.

2. El Observatorio de Salud estará vinculado al Plan de Salud del que será su órgano de difusión y promoverá el análisis continuo de la situación de salud y los factores determinantes de esta y su distribución social y territorial.

3. Las funciones, composición, organización y funcionamiento del Observatorio de Salud serán definidos reglamentariamente. Contará con un foro científico-técnico y otro de participación social.

4. El Observatorio de Salud integrará al Observatorio sobre Drogas y otros de similares características, del ámbito de la salud, que se constituyan en el Principado de Asturias, y se coordinará con otras instituciones de similar naturaleza de otros ámbitos.

CAPÍTULO VI

Participación social

Artículo 34. *Consejo de Salud del Principado de Asturias.*

1. El Consejo de Salud del Principado de Asturias es el órgano de participación comunitaria en salud y en la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma.

2. Estará presidido por el Consejero competente en materia de sanidad y su composición, de carácter intersectorial, será la que reglamentariamente se establezca, debiendo estar representados entidades locales, asociaciones de usuarios o pacientes, organizaciones sindicales designadas en base a los criterios de representatividad y proporcionalidad establecidos en la Ley Orgánica 11/1985, de agosto, de Libertad Sindical, y, además, las organizaciones sindicales del ámbito sanitario, organizaciones empresariales y colegios profesionales, todos ellos con representatividad territorial. Entre sus miembros se elegirá un Secretario a propuesta del Presidente.

3. El Consejo de Salud del Principado de Asturias elaborará su propio reglamento de organización y funcionamiento.

Artículo 35. *Funciones del Consejo de Salud del Principado de Asturias.*

Son funciones del Consejo de Salud del Principado de Asturias:

a) Asesorar y formular propuestas a la Administración del Principado de Asturias y al Sespa en todos los asuntos relacionados con la protección de la salud y la atención sanitaria.

b) Velar por que las actuaciones de todos los servicios, centros y establecimientos sanitarios que satisfagan necesidades del sistema sanitario público se acomoden a la normativa sanitaria y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público.

c) Conocer e informar, con carácter facultativo, el anteproyecto del Contrato Programa previsto entre la Consejería competente en materia de sanidad y el Sespa.

d) Conocer e informar, con carácter preceptivo, el anteproyecto del Plan de Salud del Principado de Asturias y del Plan Sociosanitario del Principado de Asturias.

e) Conocer e informar, con carácter facultativo, el anteproyecto de Mapa Sanitario.

f) Conocer e informar, con carácter facultativo, la memoria anual del Sespa previamente a su aprobación.

g) Fomentar el papel de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud y la participación y colaboración ciudadana con la administración sanitaria.

h) Conocer y ser informado acerca de la designación de los órganos intermedios en salud.

i) Conocer e informar con carácter preceptivo el anteproyecto anual del Presupuesto.

j) Conocer e informar con carácter preceptivo los proyectos de disposiciones normativas relativas al sistema de salud.

k) Realizar cualquier otra función que le sea atribuida legal o reglamentariamente.

Artículo 36. *Consejo de Salud de Área.*

1. El Consejo de Salud de Área es el órgano de participación comunitaria en el Área de Salud.

2. Estará presidido por el Gerente del Área de Salud y su composición será la que reglamentariamente se establezca, pudiendo estar representadas las entidades locales, las organizaciones sindicales y empresariales y las asociaciones relacionadas con la salud. Entre sus miembros se elegirá un Secretario a propuesta del Presidente.

3. El Consejo de Salud de Área elaborará su propio reglamento de organización y funcionamiento.

Artículo 37. *Funciones del Consejo de Salud de Área.*

Son funciones del Consejo de Salud de Área:

a) Verificar la adecuación de las actuaciones y servicios del Área de Salud a los contenidos del Plan de Salud.

b) Orientar las directrices sanitarias del Área de Salud, a cuyo efecto podrá elevar mociones e informes a los órganos de dirección.

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

d) Promover la participación comunitaria en el seno del Área de Salud.

e) Conocer y ser informado, con carácter preceptivo, el anteproyecto del Contrato de Gestión del Área de Salud y de sus adaptaciones anuales.

f) Conocer e informar, con carácter preceptivo, la memoria anual del Área de Salud.

g) Conocer y ser informado, con carácter preceptivo, acerca de los nombramientos de los equipos directivos.

Artículo 38. *Consejo de Salud de Zona.*

1. El Consejo de Salud de Zona es el órgano de participación comunitaria en la Zona de Salud y se podrá constituir por la integración de varias Zonas de Salud.

2. Estará presidido por el responsable de uno de los Equipos de Atención Primaria que lo formen y su composición será la que reglamentariamente se establezca, pudiendo estar representadas las entidades locales y las asociaciones de ámbito local relacionadas con la salud. Entre sus miembros se elegirá al Secretario a propuesta del Presidente.

3. El Consejo de Salud de Zona elaborará su propio reglamento de organización y funcionamiento.

Artículo 39. *Funciones del Consejo de Salud de Zona.*

El Consejo de Salud de Zona tendrá como funciones las siguientes:

a) Participar, junto con el Equipo de Atención Primaria, en el análisis de la situación de salud de la Zona, así como en la estimación de sus necesidades específicas.

b) Contribuir al desarrollo y ejecución de los programas de salud y de todas aquellas acciones tendentes a mejorar el nivel de salud de la comunidad y, en especial, las relacionadas con la promoción de la salud.

c) Conocer y ser informado acerca de los nombramientos de los coordinadores.

d) Conocer y ser informado de los datos del Presupuesto del Área de Salud que afectan a la Zona de Salud.

Artículo 40. *Fomento de la acción comunitaria en salud.*

1. La acción comunitaria en salud supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad.

2. La participación asociativa en salud está constituida por el conjunto de iniciativas que parten del ámbito comunitario, tales como movimientos asociativos de pacientes o familiares y otros movimientos del mismo carácter. Su finalidad fundamental es la contribución colectiva para abordar los problemas relacionados con la salud, dentro de un contexto comunitario.

3. El fomento de la acción comunitaria en salud constituye una obligación de la Administración del Principado de Asturias y de las entidades locales.

Artículo 41. *Fomento de la acción individual en salud.*

1. La acción individual en salud se refiere a la capacidad de la persona para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal, en temas de salud.

2. El Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias potenciará todas las actuaciones encaminadas a la acción individual de las personas en el ámbito de su salud, principalmente mediante estrategias de información y educación sanitarias.

3. La participación individual en el Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias incluye las sugerencias y reclamaciones que cada persona desee realizar al sistema como fruto de su interacción con el mismo.

Artículo 42. *Consejo de Pacientes del Principado de Asturias.*

1. Con la finalidad de promover la participación institucional de los pacientes en el Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias y su fortalecimiento con respecto a los problemas relacionados con la salud, se creará el Consejo de Pacientes del Principado de Asturias, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, como órgano colegiado de carácter consultivo, de participación comunitaria y de coordinación en relación con las actividades que desarrollan las asociaciones de pacientes en el Principado de Asturias.

2. El Consejo de Pacientes del Principado de Asturias tendrá como objetivo general promover la planificación, articulación, coordinación, gestión y evaluación de las actividades relacionadas con la participación de las organizaciones de pacientes y de sus familiares y el fortalecimiento comunitario en el ámbito del Principado de Asturias.

3. La composición, organización y funciones del Consejo de Pacientes del Principado de Asturias serán reguladas reglamentariamente.

Artículo 43. *Voluntariado.*

1. El voluntariado en salud estará constituido por personas que, de forma altruista y solidaria, individual o colectiva en el marco de organizaciones sin ánimo de lucro, colaboren en la realización de actividades complementarias de apoyo en el Sistema Sanitario, de acuerdo con lo previsto en la Ley del Principado de Asturias 10/2001, de 12 de noviembre, del voluntariado, y la Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado.

2. La Administración del Principado de Asturias facilitará la colaboración y cooperación con el voluntariado, en el ámbito del Sistema Sanitario, facilitando los cauces necesarios para que dicha cooperación sea efectiva.

3. Se excluirán de las funciones y tareas de colaboración y cooperación del voluntariado las propias de los empleados públicos.

4. Ninguna colaboración, individual o colectiva, de voluntariado implicará relación laboral con la Administración del Principado de Asturias o con el Sespa.

5. La autoridad sanitaria podrá establecer acuerdos o convenios de colaboración con las entidades de voluntariado, de acuerdo a la normativa vigente.

Artículo 44. *Consejo Asesor de Sanidad del Principado de Asturias.*

1. Como órgano de asesoramiento del Consejero competente en materia de sanidad, se constituirá el Consejo Asesor de Sanidad del Principado de Asturias con la finalidad de fomentar una adecuada gobernanza del sistema sanitario público.

2. Estará integrado por personas de reconocido prestigio, relevante trayectoria profesional y reconocimiento social en los ámbitos relacionados con la salud.

3. Será presidido por el Consejero competente en materia de sanidad y su composición, organización y funciones se regularán reglamentariamente.

4. Los integrantes estarán obligados a realizar una declaración de intereses. Los requisitos para la declaración de intereses se regularán reglamentariamente.

Artículo 45. *Participación profesional.*

1. Los profesionales tendrán espacios propios de asesoramiento y participación en las comisiones asesoras y comisiones clínicas.

2. Las comisiones asesoras son órganos de asesoramiento del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, en aspectos concretos, relacionados con la salud y los servicios sanitarios.

3. Las comisiones clínicas son órganos de participación con función asesora en la actividad asistencial, formadas por personal de las Áreas de Salud.

4. La finalidad de las comisiones es poner a disposición de los órganos de dirección y gestión sanitarias información de utilidad y emitir informes para la toma de decisiones sobre temas de trascendencia para la salud pública y la asistencia sanitaria.

5. La composición de las comisiones que evalúen acciones o realicen recomendaciones sanitarias, los procedimientos de selección, la declaración de intereses de los intervinientes, así como los dictámenes y documentos relevantes, serán públicos, salvo las limitaciones previstas por la normativa vigente.

6. Todo el personal sanitario que forme parte de las comisiones en el diseño, implantación o evaluación de planes, programas y actuaciones sanitarias, incluidas las de formación e investigación, estarán obligados a realizar una declaración de intereses. Los requisitos para la declaración de intereses se regularán reglamentariamente.

CAPÍTULO VII

Cooperación

Artículo 46. *Cooperación con otras Comunidades Autónomas.*

1. El Principado de Asturias podrá establecer relaciones de cooperación con otras Comunidades Autónomas, mediante cualquiera de las fórmulas admitidas en derecho, para la consecución de fines relativos a las materias objeto de la presente ley.

2. Además, podrá acordar la realización de planes, programas y actividades conjuntos con otras Comunidades Autónomas con la finalidad de conseguir objetivos de interés común en relación a la protección de la salud y provisión de servicios sanitarios y sociosanitarios en áreas geográficas limítrofes y en otros aspectos asistenciales concretos.

Artículo 47. *Atención a las comunidades asturianas en el exterior.*

1. El Principado de Asturias podrá adoptar medidas para mejorar la asistencia sanitaria de los ciudadanos asturianos residentes en el extranjero, incluyendo la asistencia a los mismos durante sus estancias temporales en Asturias, de acuerdo con la legislación básica en la materia y sin perjuicio de la competencia exclusiva del Estado en materia de sanidad exterior.

2. Para la adopción de estas medidas el Principado de Asturias oirá al Consejo de Comunidades Asturianas y a las Comunidades especialmente interesadas.

Artículo 48. *Cooperación Internacional.*

1. El Principado de Asturias:

a) Promoverá la Cooperación Internacional en materia de asistencia sanitaria y salud pública especialmente en países en vías de desarrollo.

b) Facilitará la participación del personal sanitario en acciones y proyectos de Cooperación Internacional, incluidas las actividades docentes y de formación.

c) Colaborará en la transferencia de tecnología y material de uso sanitario, que ayude a la mejora de las condiciones de salud de los países objeto de la cooperación.

2. Reglamentariamente se establecerán los supuestos y condiciones bajo los que el personal que preste servicios en el Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias podrá prestar servicios como cooperante, de conformidad con la normativa vigente.

[. . .]

§ 28

Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. [Inclusión parcial]

Comunitat Valenciana
«DOGV» núm. 7434, de 31 de diciembre de 2014
«BOE» núm. 35, de 10 de febrero de 2015
Última modificación: 31 de mayo de 2025
Referencia: BOE-A-2015-1239

[. . .]

TÍTULO III

El Sistema Valenciano de Salud

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 7. *Configuración del Sistema Valenciano de Salud.*

1. El Sistema Valenciano de Salud es el conjunto de todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunitat Valenciana, gestionados bajo la responsabilidad de la Generalitat, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la salud, que incluye tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones de salud pública.

2. Su gestión y administración será competencia de la conselleria competente en materia de sanidad, la cual organizará y tutelará la salud individual y colectiva a través de las prestaciones, servicios y medidas preventivas necesarios. Reglamentariamente se determinarán los órganos que ejercerán la gestión y control del Sistema Valenciano de Salud.

3. En el marco de las fórmulas de gestión de la legislación básica estatal, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria del sistema valenciano de salud, se llevará a cabo preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter público.

Para garantizar la libre competencia y evitar posiciones de dominio, ninguna persona física o jurídica podrá ostentar, directa o indirectamente, en el ámbito de la sanidad pública valenciana, más del 40 % de las participaciones o acciones en más de un ente titular de un contrato de gestión de servicio sanitario integral en régimen de concesión de un departamento sanitario.

4. En los casos en los que la conselleria competente en materia de sanidad decida prestar directamente un servicio que hasta la fecha de esa decisión viniese siendo prestado por un operador económico y exista sucesión de empresa, conforme a lo dispuesto en el artículo 44 del Real decreto legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el

texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores, en virtud de lo establecido en el citado precepto, en el artículo 130.3 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, la Generalitat, a través de la conselleria competente, se subrogará en la condición de empleador que la empresa concesionaria ostentaba en los contratos de trabajo celebrados al amparo del Estatuto de los trabajadores para la incorporación del personal necesario para la prestación del servicio, ya fueran temporales o indefinidos. El personal afectado seguirá en sus puestos en condición de personal a extinguir, desempeñando sus tareas y con idéntica condición de personal laboral hasta que cese por las causas legales de extinción de los contratos laborales previstas en el Estatuto de los trabajadores, y con las demás consecuencias laborales inherentes a la subrogación contractual.

No obstante, por razones organizativas derivadas de situaciones de emergencia, crisis sanitaria o en cualquier otra que ponga en riesgo la salud pública, el personal laboral a extinguir, de forma extraordinaria y por el tiempo estrictamente necesario, podrá ser destinado en el ámbito territorial de los centros afectados, para el desempeño de las funciones correspondientes a su contrato de trabajo u otras análogas, siempre que lo permita su capacitación o habilitación profesional, con pleno respeto de sus condiciones retributivas y laborales, de conformidad con lo establecido en el artículo 40.6 del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

4. bis. Será incompatible la toma de posesión como personal estatutario fijo con la vigencia del vínculo contractual como personal laboral a extinguir en la misma categoría y, en su caso, especialidad. A tal efecto, el personal laboral a extinguir habrá de optar por uno de ellos dentro del plazo de toma de posesión.

5. No será obstáculo a lo anterior la calificación de las plazas que pueda ocupar este personal como propias de personal funcionario o estatutario, pudiendo desempeñarlas transitoriamente en la condición a extinguir, por lo que, cuando deje de ocuparlas, las mismas deberán proveerse de acuerdo a su naturaleza y conforme a los procedimientos adecuados en virtud de la misma.

6. En todo caso, la adquisición por este personal de la condición plena de personal funcionario o estatutario o, en general, la de empleado público en los términos del artículo 8 del Estatuto básico del empleado público, aprobado por el Real decreto legislativo 5/2015, de 30 de octubre, solo podrá hacerse mediante la superación de los procesos normativamente establecidos al efecto y con respeto a los principios constitucionales y legales aplicables.

A efectos de lo previsto en el párrafo anterior, se articulará un proceso selectivo de carácter extraordinario, de forma excepcional y por una sola vez, para que el personal laboral subrogado a extinguir que presta servicios para el Sistema Valenciano de Salud tras la extinción de los respectivos contratos de gestión de servicio público por concesión en los departamentos de salud de La Ribera, Torrevieja, Denia y Manises, pueda acceder a la condición de personal estatutario fijo.

Mediante un decreto del Consell, se determinarán los criterios generales que han de regir las convocatorias, los efectos de la estatutarización, los requisitos de acceso y la valoración de méritos, en la que se tendrán en cuenta necesariamente los servicios prestados en dicha condición de personal laboral a extinguir.

7. En cada supuesto en el que deba aplicarse esta disposición, la conselleria competente desarrollará las normas reglamentarias y adoptará las disposiciones necesarias para dar cumplimiento a la misma.

Artículo 8. *Actuaciones del Sistema Valenciano de Salud.*

1. El Sistema Valenciano de Salud garantizará el ejercicio y desarrollo de los derechos y el cumplimiento de los deberes que se derivan del derecho básico a la protección de la salud.

2. El Sistema Valenciano de Salud integra todos los fines, actividades y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la normativa estatal básica, son responsabilidad de la Generalitat para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

3. En el cumplimiento de sus fines, el Sistema Valenciano de Salud velará por:

a) La atención integral de la salud, tanto de la salud física como la mental, comprensiva de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, la curación, la rehabilitación, la atención a la cronicidad y los cuidados paliativos.
b) La coordinación de todos sus recursos sanitarios y de éstos con los recursos sociosanitarios, para favorecer, entre otros aspectos, la detección de situaciones de violencia de género o de maltrato infantil, a personas mayores o con discapacidad.
c) La prestación en el ámbito de la Comunitat Valenciana de los servicios comprendidos en la cartera de servicios del Sistema Valenciano de Salud.
d) La instauración y desarrollo de los sistemas de información sanitaria necesarios para el cumplimiento de sus fines.
e) El establecimiento de sistemas de control y evaluación de la calidad en los diferentes centros, servicios y establecimientos de atención sanitaria o sociosanitaria y de salud pública, los cuales reunirán las condiciones adecuadas de accesibilidad.

4. Son actividades básicas del Sistema Valenciano de Salud, entre otras, las siguientes:

a) La vigilancia y el seguimiento del estado de salud de la población, tanto de la salud física como de la salud mental.
b) El diagnóstico de la situación de salud de la comunidad.
c) El análisis de la asociación entre los factores de riesgo y los problemas de salud, especialmente en los colectivos sociales más vulnerables.
d) La promoción, la información y la educación para la salud de la población.
e) El fomento de la participación social y el fortalecimiento del grado de control de las personas sobre su propia salud.
f) La prevención y control de los riesgos para la salud de la comunidad.
g) La prevención y control de las enfermedades y las situaciones de emergencia sanitaria.
h) El desarrollo de planes, programas, protocolos y guías en materia de salud.
i) El diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías.
j) El fomento de la defensa de la salud en las políticas intersectoriales.
k) La evaluación de la efectividad, accesibilidad, calidad y equidad de los servicios, así como su inspección y auditoría.
l) La rehabilitación, tanto en procesos agudos, como en situaciones de cronicidad.
m) La formación y docencia en el ámbito de la salud.
n) La investigación e innovación sanitaria.

Artículo 9. *Cartera de servicios del Sistema Valenciano de Salud.*

1. La cartera de servicios del sistema valenciano de salud estará formada por la cartera común del sistema nacional de salud y por la cartera complementaria que, en su caso, se pueda aprobar de conformidad con la normativa básica estatal.
2. Toda técnica, tecnología o procedimiento incluidos en la cartera de servicios del Sistema Valenciano de Salud responderá a los criterios y requisitos de seguridad, eficiencia, utilidad y calidad previstos en la normativa básica estatal. La cartera de servicios del Sistema Valenciano de Salud será dinámica, adaptándose de forma continuada a los nuevos problemas y necesidades de salud.
3. La cartera de servicios del sistema valenciano de salud se definirá de forma detallada, con indicación precisa de las estructuras sanitarias o, en su caso, sociales que deban llevarla a cabo y dispondrá de los sistemas de acreditación, información y registro normalizado que permitan la evaluación continua y descentralizada.

Artículo 10. *Garantía de calidad y seguridad.*

1. Los proveedores de la asistencia sanitaria deberán prestar una atención de calidad centrada en el paciente que tenga en cuenta, entre otros aspectos, la efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad y seguridad.
2. La conselleria competente en materia de sanidad impulsará la implantación de sistemas de gestión de calidad y seguridad en los centros sanitarios públicos y privados.

Artículo 11. *Garantía de no demora en la asistencia.*

La Generalitat establecerá los cauces y mecanismos necesarios para no demorar la prestación de la asistencia sanitaria. En este sentido:

1. En los servicios sanitarios públicos, las pruebas diagnósticas y los tratamientos se realizarán en el plazo máximo que se determine atendiendo a los criterios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
2. Transcurrido dicho plazo, la Generalitat financiará las pruebas diagnósticas, terapéuticas o el tratamiento quirúrgico en el centro sanitario del sistema valenciano de salud que libremente elija el paciente, previa solicitud de este y conforme se estipule reglamentariamente. En aquellos casos en que la asistencia sanitaria solicitada se pretenda recibir fuera del territorio español, resultará de aplicación, en su caso, lo establecido en los reglamentos comunitarios sobre coordinación de sistemas de Seguridad Social, la normativa que regula la asistencia sanitaria transfronteriza y los convenios internacionales suscritos por el Estado español. La conselleria con competencias en sanidad, de forma paralela estudiará las causas que han motivado el exceso de demora y establecerá los mecanismos y recursos necesarios para garantizar el cumplimiento de los plazos en dichos centro o departamento de salud.
3. El estudio y las medidas propuestas serán remitidas a la gerencia, que emitirá dictamen sobre el mismo y sobre las medidas de resolución aportadas.
4. Los pacientes y personas usuarias en todo momento tendrán derecho a conocer su situación en las listas de espera.

Artículo 11 bis. *Garantía de universalidad y accesibilidad.*

La Generalitat, de conformidad con la legislación vigente, establecerá los cauces y mecanismos necesarios para garantizar las prestaciones sanitarias y de salud pública en toda la población, sin que se produzcan discriminaciones por ningún motivo, eliminando las barreras arquitectónicas y de comunicación en todas las instituciones sanitarias, facilitando una accesibilidad total y real a todas las personas.

Artículo 11 ter. *Garantía de equidad y no discriminación.*

La Generalitat, de conformidad con la legislación vigente, establecerá los cauces y mecanismos necesarios para garantizar las prestaciones sanitarias y de salud pública en toda la población, estableciendo las medidas necesarias para evitar cualquier tipo de discriminación por razones de identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, dependencia, cultura, etnia, clase social, lugar de residencia o país de origen, teniendo en cuenta la interseccionalidad entre cada una de las circunstancias y la discriminación múltiple y reforzando activamente las intervenciones necesarias para reducir las desigualdades en salud por cualquiera de estas razones.

CAPÍTULO II

Planificación

Artículo 12. *Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.*

1. El Plan de Salud de la Comunitat Valenciana es el instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud en la Comunitat Valenciana. En él se recogerá la valoración de las necesidades de salud de la población, así como los objetivos básicos de salud y prioridades de la política sanitaria.
2. El Plan de Salud propiciará que la salud y la equidad en salud formen parte de todas las políticas públicas, favoreciendo la acción intersectorial en esta materia. Los diferentes departamentos del Consell con competencias en áreas que incidan sobre la salud de la población deberán considerar y desarrollar sus propuestas de acuerdo con dicho plan de salud, destacando por su importancia las áreas de educación, bienestar social, políticas de igualdad, medio ambiente, agricultura, alimentación, consumo, empleo y vivienda.
3. El Plan de Salud de la Comunitat Valenciana deberá contemplar:

a) La evaluación de la situación y necesidades de salud de la población, así como de los diferentes recursos existentes, tomando en consideración las opiniones de los pacientes y personas usuarias expresadas en los foros de participación realizados a tal fin.

b) La evaluación de los resultados de los planes de salud anteriores.

c) Las líneas estratégicas a desarrollar y los objetivos que se pretendan alcanzar.

d) Los programas y actuaciones a desarrollar.

e) La estimación y la propuesta de los recursos necesarios para atender el cumplimiento de los objetivos propuestos.

f) Las prioridades de intervención con respecto a los diferentes grupos sociales y modalidades de atención sanitaria.

g) Las previsiones económicas y de financiación.

h) El calendario general de actuación.

i) Los mecanismos e indicadores de evaluación de la aplicación y desarrollo del plan.

4. En la elaboración de los contenidos del Plan de Salud se tendrá en cuenta la ordenación territorial de la Comunitat Valenciana y se garantizará la participación de las administraciones, las instituciones, los agentes sociales y económicos, las sociedades científicas, las corporaciones profesionales y la sociedad civil en general.

5. El Plan de Salud de la Comunitat Valenciana será aprobado por el Consell, a propuesta del titular de la conselleria competente en materia de sanidad, y será remitido a Les Corts para su conocimiento en el plazo máximo de 30 días desde su aprobación y al ministerio competente en materia sanitaria para su inclusión en el Plan Integrado de Salud, en los términos previstos en la normativa básica estatal.

6. Corresponderá a la conselleria competente en materia de sanidad la determinación del procedimiento, metodología, plazos de elaboración y vigencia del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, así como la medición del cumplimiento de sus objetivos a través de indicadores que darán lugar a informes periódicos.

7. En la Comunitat Valenciana, las políticas de salud municipales desarrolladas a través de planes, programas y proyectos de acción local en salud, se alinearán con las líneas estratégicas, objetivos y acciones del plan de salud vigente y se ejecutarán de manera coordinada con los servicios asistenciales y de salud pública.

CAPÍTULO III

Ordenación territorial

Artículo 13. *Departamentos de salud.*

1. El Sistema Valenciano de Salud se ordena en departamentos de salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la legislación básica estatal.

2. Los departamentos de salud son las estructuras fundamentales del Sistema Valenciano de Salud, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunitat Valenciana a los efectos sanitarios.

3. Los departamentos de salud se delimitarán atendiendo a la máxima integración de los recursos asistenciales, con el objetivo de prestar una asistencia sanitaria y sociosanitaria ágil, dinámica, eficaz y sin barreras, de manera que, aunque pueda variar el contingente de población en cada departamento, se cumplan los objetivos señalados en la normativa básica estatal. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un departamento de salud, el cual se podrá subdividir, atendiendo a los criterios anteriormente expuestos, en zonas básicas de salud.

4. Reglamentariamente se desarrollará la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Valenciano de Salud, pudiendo crearse las unidades o fórmulas organizativas que se consideren necesarias.

Artículo 14. *Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana.*

El Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana es el instrumento estratégico para la planificación y gestión sanitaria, que permite la ordenación del territorio de la Comunitat Valenciana en diferentes demarcaciones geográficas: departamentos de salud y zonas

básicas de salud. Reglamentariamente se aprobará y determinará el procedimiento de actualización, modificación y mantenimiento del mapa sanitario.

Artículo 15. *Órganos de dirección y gestión del departamento de salud.*

1. El consejo de dirección del departamento de salud es el órgano al que le corresponde formular las directrices en política de salud dentro del departamento, teniendo en cuenta las formulaciones y recomendaciones del consejo de salud del departamento, y controlar su gestión dentro de las normas y programas generales establecidos por la conselleria competente en materia de sanidad.

2. La gerencia del departamento de salud es el órgano encargado de la dirección y gestión de los recursos del departamento, tanto de atención primaria como asistencia especializada, sociosanitaria y de salud pública, así como de la ejecución de las directrices establecidas por el consejo de dirección y de la gestión integrada de los recursos del departamento.

CAPÍTULO IV

Medios personales

Artículo 16. *Medios personales y autoridad pública.*

1. Es personal de instituciones sanitarias del Sistema Valenciano de Salud aquel que dependa o se halle adscrito a ellas mediante vínculo de empleo con la administración pública, bien sea de naturaleza estatutaria, funcionarial o laboral. Dicho personal se regirá por su legislación específica, dictada por el Estado y por la Generalitat, en el ámbito de sus respectivas competencias. La gestión y resolución de sus asuntos corresponderá a la conselleria competente en materia de sanidad.

2. Integran el colectivo de empleados públicos del Sistema Valenciano de Salud, a que se refiere el apartado anterior:

a) El personal estatutario de la Generalitat que presta servicios en las instituciones, órganos, unidades o estructuras del Sistema Valenciano de Salud.

b) El personal funcionario perteneciente a los diferentes cuerpos generales o especiales, de la administración estatal o de sus organismos autónomos, que preste servicios en las instituciones, órganos, unidades o estructuras del Sistema Valenciano de Salud.

c) El personal trasferido, cualquiera que sea el régimen jurídico de dependencia, laboral, funcionario o estatutario de otras administraciones públicas con ocasión del traspaso o la asunción de las competencias, medios y servicios en materia de asistencia sanitaria.

d) El personal que preste servicios en las entidades de titularidad pública con personalidad jurídica propia que estén adscritas a la conselleria competente en materia de sanidad.

e) El personal que se incorpore al Sistema Valenciano de Salud de acuerdo con la legislación vigente.

3. Sin perjuicio de lo previsto en el título VIII, el personal sanitario del Sistema Valenciano de Salud en el ejercicio de las funciones propias de su categoría tendrán la consideración de autoridad pública y gozarán de la protección reconocida a tal condición por la legislación vigente.

4. En el marco de lo dispuesto en el apartado primero, son profesionales de la salud pública aquellos que por su formación especializada desarrollan actividades relacionadas directa o indirectamente con la salud pública.

CAPÍTULO V

El Sistema de Información Poblacional (SIP) y los documentos de identificación y acreditación sanitaria

Artículo 17. *Sistema de Información Poblacional (SIP).*

1. El Sistema de Información Poblacional (SIP) es el registro administrativo corporativo de la conselleria competente en materia de sanidad que contiene información administrativa y sanitaria de las personas residentes en la Comunitat Valenciana y de aquellas que, no siendo residentes, acceden a las prestaciones sanitarias del Sistema Valenciano de Salud.

El conjunto de sistemas de información corporativos debe ser coherente, sincronizado e interoperable con la información corporativa de SIP, sin perjuicio de que podrán incorporarse los datos complementarios que se requieran para el ejercicio de sus competencias.

2. El SIP tiene por objeto:

a) La correcta identificación y registro de todos los pacientes y personas usuarias del Sistema Valenciano de Salud.

b) Ofrecer información necesaria para la valoración del grado de cobertura y atención sanitaria de la población, así como para el desarrollo de las actuaciones en materia de salud pública.

c) Facilitar el intercambio de datos clínicos y administrativos entre los sistemas de información corporativos de la conselleria competente en materia de sanidad, favoreciendo el avance hacia la interoperabilidad.

3. El SIP recogerá, como mínimo, los datos de identificación, localización y modalidad de acreditación del derecho a la cobertura sanitaria de cada una de las personas registradas en él y, cuando proceda, la asignación de centro y médico.

Artículo 18. *Número del Sistema de Información Poblacional (número SIP).*

1. Toda persona registrada en el Sistema de Información Poblacional tendrá asignado un número único de identificación personal, denominado número SIP, de carácter exclusivo.

2. El número SIP deberá constar con carácter obligatorio en:

a) Los documentos de identificación y acreditación sanitaria.

b) Los documentos e informes en los que se requiera la identificación del paciente y se registre la actividad sanitaria del Sistema Valenciano de Salud.

c) Los documentos relacionados con los programas de salud de la administración sanitaria valenciana.

d) Las recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud que se expidan en los centros del Sistema Valenciano de Salud.

e) Los documentos de solicitud de prestaciones complementarias que se expidan en los centros del Sistema Valenciano de Salud.

f) Las bases de datos, los sistemas de información y los ficheros informatizados de pacientes y personas usuarias de la conselleria competente en materia de sanidad.

g) Cualquier otro documento de índole sanitaria que así se determine.

Artículo 19. *Documentos de identificación y acreditación sanitaria derivados del SIP.*

1. La Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), emitida por la conselleria competente en materia de sanidad, es el documento administrativo personal e intransferible que identifica y acredita a su titular para el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud a las que tenga derecho de acuerdo con la normativa básica estatal, así como, en su caso, a las prestaciones complementarias del Sistema Valenciano de Salud.

2. La TSI se expedirá a las personas registradas en el SIP que residan en la Comunitat Valenciana y tengan reconocida la condición de aseguradas o beneficiarias de un asegurado de acuerdo con lo establecido en la normativa básica estatal.

3. Por necesidades en su gestión, la TSI, además de incluir los campos básicos establecidos en la normativa básica estatal, podrá incluir los siguientes campos: el número del documento nacional de identidad de su titular, o, en el caso de extranjeros, el número de

identidad de extranjero, el número de la Seguridad Social, la fecha de emisión y de caducidad y el número de teléfono de atención de urgencias sanitarias.

4. A los efectos de la necesaria identificación personal y de gestión de las prestaciones sanitarias, a las personas registradas en el SIP que no reúnan los requisitos para que se les expida la TSI se les entregará un documento administrativo de carácter personal en el que constarán los datos de identificación del titular, su número del SIP y aquellos otros datos necesarios para la gestión del SIP y del conjunto de sistemas de información sanitario corporativos que se puedan establecer por norma reglamentaria.

CAPÍTULO VI

Participación ciudadana

Artículo 20. *Participación ciudadana en el Sistema Valenciano de Salud.*

1. La Generalitat ajustará el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de la ciudadanía, a través de la participación de los diferentes colectivos con intereses en la materia, tales como las organizaciones sindicales y empresariales, las organizaciones de consumidores, usuarios y vecinos, los colegios profesionales o las asociaciones de pacientes y personas usuarias, de familiares, de personas con discapacidad y de voluntariado, de defensa de los derechos de la infancia y adolescencia y sociedades científicas.

2. El Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana es el órgano superior colegiado de carácter consultivo de participación ciudadana en el sistema valenciano de salud. En cada uno de los departamentos de salud hay un consejo de salud de departamento. En cada zona básica de salud habrá un consejo de salud básico. La composición y el funcionamiento del Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana y de los consejos de salud de departamento se adecuarán a la normativa estatal y se desarrollarán por decreto del Consell. Los consejos de salud básicos estarán formados por representantes de la administración sanitaria, de los profesionales y de los trabajadores sanitarios, como también de la población usuaria.

Hay que incluir la ciudadanía como parte activa y necesaria del diseño, el desarrollo y la evaluación de las políticas de salud local impulsando a través de los consejos de salud básicos su participación, y favorecer el empoderamiento a nivel individual y social.

Además, la conselleria competente en materia de sanidad brindará colaboración y asesoramiento en la elaboración de planes de salud municipales para su inclusión en la red de ciudades saludables de la OMS y contará con la participación de los centros de salud pública, atención primaria y los consejos de salud básicos.

3. Con la finalidad de promover la participación de los pacientes y personas usuarias en el Sistema Valenciano de Salud, se creará, mediante decreto del Consell, el Comité de Pacientes y Personas Usuarias de la Comunitat Valenciana, como órgano de carácter consultivo.

4. Reglamentariamente se constituirán todos aquellos órganos que sean necesarios para garantizar la participación en el Sistema Valenciano de Salud.

5. Personal voluntario podrá ejercer tareas de apoyo en la atención a los pacientes y personas usuarias, sin que ello implique desistimiento de las responsabilidades de las instituciones públicas y siempre bajo las directrices del personal del centro sanitario.

[. . .]

§ 29

Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias

Comunidad Autónoma de Canarias
«BOC» núm. 96, de 5 de agosto de 1994
«BOE» núm. 204, de 26 de agosto de 1994
Última modificación: 30 de diciembre de 2024
Referencia: BOE-A-1994-19583

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de Canarias ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que establece el artículo 11.7 del Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias.

I

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su salud. Además, la Constitución responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El Estatuto de Autonomía de Canarias, aprobado por Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, en los apartados 7 y 9 del artículo 32, confiere a la Comunidad Autónoma competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene, y de coordinación hospitalaria en general, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca. La Legislación básica del Estado en esta materia está contenida actualmente en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en cuya regulación destacan el protagonismo y suficiencia de las Comunidades Autónomas para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria.

En ejercicio de aquella competencia y en el marco definido por la Ley básica del Estado, el Parlamento de Canarias establece, con la presente Ley, el ámbito normativo de la política de la Comunidad Autónoma en materia de sanidad, plasmando normativamente tres decisiones políticas fundamentales:

En primer lugar, la constitución y ordenación de un Sistema Canario de Salud en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que, con independencia de su titularidad pública o privada, tiene por fin la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.

En segundo lugar, la regulación general de cuantas actividades, servicios y prestaciones, públicos o privados, determinen la efectividad del derecho constitucional a la protección de la salud.

En tercer lugar, la creación y organización del Servicio Canario de la Salud comprensivo, bajo la dirección, supervisión y control del Gobierno de Canarias, de las actividades y los servicios y las prestaciones directamente asumidos, establecidos y desarrollados por la

Administración de la Comunidad Autónoma en el triple campo de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria.

La Ley, además, extiende y completa el catálogo de prestación a que tendrán acceso los usuarios y particulariza algunas de ellas, enunciando otra, como el derecho a la segunda opinión, cuyo contenido habrá de desarrollarse reglamentariamente.

II

El Sistema Canario de la Salud, integrado en el Sistema Nacional de la Salud, es el conjunto de las actividades, de los servicios y de las prestaciones desarrollados por organizaciones y personas públicas y privadas en el territorio de Canarias, que funciona de manera cooperativa y ordenada, conforme al Plan de Salud de Canarias, para proteger y promover la salud, prevenir la enfermedad y asegurar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud. El sistema, así definido, responde a los principios de complementariedad y acción sinérgicas de los medios y las actividades públicos y privados; coordinación e integración o adscripción funcional de todos los medios y recursos del Sistema Canario de la Salud, sin perjuicio de su organización desconcentrada y descentralizada; evaluación continua de los componentes públicos y privados del Sistema Canario de la Salud; compensación y eliminación de las desigualdades a efectos del disfrute de los servicios y las prestaciones y de los desequilibrios territoriales injustificados en la asignación y distribución de los recursos y los medios; igualdad en el acceso a los servicios y las prestaciones; mejora continua de la calidad de la atención y la asistencia prestadas por los servicios; participación de la Comunidad en la orientación, la evaluación y el control de sistemas; economía, flexibilidad y eficiencia en la asignación y la gestión de los recursos y los medios puestos a disposición del Sistema Canario de la Salud; eficacia, como parte de la calidad, en la prestación de los servicios encomendados al Sistema Canario de la Salud.

III

Al cumplimiento de los fines del Sistema Canario de la Salud responde la configuración jurídico-organizativa adoptada, mediante la creación del Servicio Canario de la Salud como un organismo autónomo único e integrador que gestione todos los recursos, centros y servicios sanitarios en Canarias y permita al propio tiempo la unificación funcional de los mismos, todo ello en el marco de una concepción integral de la salud en Canarias y un funcionamiento descentralizado de los recursos humanos y materiales, dotándolo de una estructura organizativa y de gestión capacitada para una más eficaz atención a la salud en Canarias en el ejercicio de los derechos regulados en la Ley 14/1986 y lograr una coordinada y óptima utilización de los medios y servicios sanitarios existentes o futuros en Canarias.

Para hacerlo, la Ley prefiere el modelo organizativo más generalizado entre las Comunidades Autónomas, de cuyas leyes territoriales ha procurado extraer lo que ha parecido más positivo y experimentado, aunque también incorporando alguna de las más recientes novedades, como la figura del Defensor de los Usuarios del Servicio, como unidad administrativa específicamente responsable de que el régimen de derechos y deberes de los usuarios sea cumplido con efectividad.

Así, el Servicio Canario de la Salud será un organismo autónomo al que se autoriza, desde la propia Ley, con notable flexibilidad, organizarse luego, para la concreta prestación de los servicios y ejecución de las funciones que tiene asignadas, mediante todas las diversas formas que conoce el ordenamiento jurídico, tanto de naturaleza pública como privada, así como para acordar, convenir o concertar con otros agentes.

Por último, la Ley refleja el interés, creciente entre nuestros ciudadanos, por la mejora de la gestión pública. Superado el debate relativo a la publicación versus privatización, nuestros ciudadanos reclaman una mejora, en términos de eficiencia y eficacia, en la administración de los recursos públicos, máxime en el seno de un escenario económico de restricción del crecimiento, tanto del gasto público como de la recaudación impositiva. Esta preocupación por la eficiencia y la eficacia sin romper, como ya hemos dicho, con la sujeción al Derecho Público, se pone de manifiesto en el modelo organizativo elegido y en las matizaciones que a la gestión pública ordinaria se establecen, que son las imprescindibles para que el servicio

pueda contribuir a la mejora de la calidad de la asistencia que reciben nuestros ciudadanos y para que la peculiar insularidad de las islas no capitalinas se refleje en una más justa distribución de los servicios sanitarios, a fin de garantizar el derecho a la igualdad en su prestación en aquellas islas.

Asimismo, en la organización elegida se establece un sistema de utilización, administración y gestión única de los recursos de titularidad pública, que serán todos gestionados por el Gobierno de Canarias, sin perjuicio de la participación institucional de los Cabildos y Ayuntamientos en los centros integrados o adscritos.

Al mismo tiempo, además de todo ello, la Ley establece una regulación de carácter general de todas las actividades sanitarias, limitada, naturalmente, al marco de las competencias autonómicas y conjugando los principios constitucionales de libertad de empresas con la protección de la salud y la de los consumidores. La claridad en la regulación de estas actividades, hoy en muchos casos huérfanas de normativa alguna, beneficia tanto a quienes la practican, profesionales de los ámbitos sanitarios, como a quienes solicitan los servicios de éstos. La Ley contiene, a este respecto, normas de orden general, que sin duda precisarán, en algún caso, desarrollo reglamentario, pero que nacen con vocación de contribuir al establecimiento, entre el profesional y el usuario, del único tipo de relación que es útil y fructífera, y satisfactoria para ambos: La relación basada en la confianza del usuario en el profesional y la de éste en que las normas generales le ampararán si las cumple.

TÍTULO PRELIMINAR

Artículo 1. *Objeto y alcance de la Ley.*

La presente Ley tiene por objeto:

a) El establecimiento y la ordenación del sistema canario de la salud, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por fin la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.

b) La regulación general de cuantas actividades, servicios y prestaciones, públicos o privados, determinan la efectividad del derecho constitucional a la protección de la salud.

c) La creación y organización del Servicio Canario de la Salud comprensivo, bajo la dirección, supervisión y control del Gobierno de Canarias, de las actividades y los servicios y las prestaciones directamente asumidos, establecidos y desarrollados por la Administración de la Comunidad Autónoma en el triple campo de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria.

TÍTULO I

Sistema Canario de la Salud

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 2. *Concepto y fin esencial del Sistema.*

1. El Sistema Canario de la Salud es el conjunto de las actividades, de los servicios y de las prestaciones desarrollados por organizaciones y personas públicas o privadas en el territorio de Canarias, que funciona de manera cooperativa y ordenada, conforme al Plan de Salud de Canarias, para promover y proteger la salud, prevenir la enfermedad y asegurar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.

2. El Sistema Canario de la Salud descansa en la protección integral y universal de la salud y persigue la realización plena de este bien individual y colectivo, mediante la promoción y protección de la salud pública, la prevención de la enfermedad y la curación y rehabilitación.

3. Sin perjuicio de la libertad para el ejercicio de las actividades sanitarias, el Gobierno de Canarias asegura el funcionamiento coherente y eficaz del Sistema Canario de la Salud, en los términos de esta Ley y mediante el ejercicio de las facultades de dirección, ordenación, planificación, supervisión y control que en ella se le atribuyen.

Artículo 3. *Funciones.*

El Sistema Canario de la Salud, mediante el funcionamiento cooperativo y ordenado de todos sus elementos, debe cumplir las siguientes funciones:

a) Promoción de la salud y educación sanitaria de la población para el fomento del cuidado individual, familiar y social de aquélla.
b) Prevención de la enfermedad y, a tal fin, organización y desarrollo permanente de un sistema suficiente, adecuado y eficaz de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.
c) Protección frente a los factores que amenazan la salud individual y colectiva.
d) Asistencia sanitaria de cobertura universal y garantizadora del acceso y goce de las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.
e) Ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

Artículo 4. *Principios del Sistema.*

La organización y funcionamiento del Sistema Canario de la Salud se ajustará a los siguientes principios:

a) La complementariedad y acción sinérgicas de los medios y las actividades públicos y privados.
b) La coordinación y, en su caso, la integración y adscripción funcionales de todos los medios y recursos del Sistema Canario de la Salud, sin perjuicio de su organización desconcentrada y descentralizada.
c) La evaluación continua de los componentes públicos y privados del Sistema Canario de la Salud, a los efectos de la determinación de las condiciones de su operación, aplicando criterios objetivos y homogéneos.
d) La compensación y eliminación de las desigualdades socioeconómicas a efectos del disfrute de los servicios y las prestaciones y de los desequilibrios territoriales injustificados en la asignación y distribución de los recursos y de los medios.
e) La igualdad en el acceso a los servicios y las prestaciones.
f) La mejora continua de la calidad de la atención y la asistencia prestada por los servicios, tanto desde el punto de vista de la individualización, la dignidad y la humanidad en el trato a los pacientes y sus familiares, como en la mejor dotación de los servicios sanitarios.
g) La participación de la comunidad en la orientación, la evaluación y el control del Sistema Canario de la Salud.
h) La economía, flexibilidad y eficiencia en la asignación y la gestión de los recursos y los medios puestos a disposición del Sistema Canario de la Salud.
i) La eficacia, como parte de la calidad, en la prestación de los servicios encomendados al Sistema Canario de la Salud.

CAPÍTULO II

Derechos y deberes de los ciudadanos en el Sistema Canario de la Salud

Sección 1.ª Derechos

Artículo 5. *Titulares de los derechos.*

1. Son titulares de los derechos que esta Ley y la restante normativa reguladora del Sistema Canario de la Salud efectivamente defina y reconozca como tales todos los ciudadanos españoles que tengan, legalmente, la residencia en cualquiera de los Municipios

de Canarias. El acceso y el disfrute de las prestaciones y los servicios deben quedar garantizados, en condiciones de igualdad efectiva, a todos los titulares.

2. La titularidad a que se refiere el número anterior se extiende a los ciudadanos españoles que tengan la condición de transeúntes y a los no residentes en Canarias, con el alcance determinado por la legislación estatal y el que se establezca en los convenios interadministrativos que se suscriban.

3. Los ciudadanos de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten del Derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

4. Los ciudadanos de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan los Tratados y Convenios suscritos por el Estado español.

Artículo 6. *Derechos de los ciudadanos.*

1. Los titulares tienen los siguientes derechos:

a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad y a la no discriminación por causas injustificadas. Estos valores sólo podrán verse afectados en lo estrictamente indispensable para la correcta y eficaz ejecución de los procedimientos necesarios de prevención, terapia y rehabilitación.

b) A la confidencialidad, en los términos de la legislación aplicable, de toda la información relacionada con su proceso y estancia en cualquier centro sanitario de Canarias y, en general, la derivada de su relación con los servicios del Sistema Canario de la Salud.

c) A la formulación de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito, siempre de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca.

d) A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias y, en particular, en la orientación y evaluación de los servicios, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.

e) A la información suficiente, comprensible y adecuada sobre:

1.º Los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.

2.º Los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema Canario de la Salud.

3.º Los servicios y prestaciones sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

f) A que se les extienda certificación acreditativa de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.

g) A la promoción y educación para la salud.

h) A las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva del Sistema Canario de la Salud adecuados a las necesidades individuales y colectivas, acorde con los recursos disponibles.

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

j) A la igualdad en el acceso y uso de los servicios sanitarios.

k) A elegir el médico de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo.

l) A elegir entre los servicios y centros que forman parte del Servicio Canario de la Salud o, en su caso, de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, de acuerdo con lo establecido en esta Ley y en las disposiciones que se dicten para su desarrollo.

m) A que se le asigne e identifique un médico, así como su suplente en caso de ausencia, que asumirá la responsabilidad ordinaria de la relación con el equipo asistencial durante todo el tiempo de duración de la atención de su proceso, así como de la situación de ingreso.

n) A que se le dé información adecuada y comprensible sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, el pronóstico, así como los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento.

ñ) A no ser objeto como paciente, sin haber otorgado previamente su libre consentimiento por escrito y conformado por el médico responsable y la Dirección del centro o establecimiento, de procedimientos de diagnóstico y terapia en fase de experimentación

pero debidamente autorizados, susceptibles de ser empleados, así como sus resultados, con fines docentes o de investigación. Estos procedimientos en ningún caso podrán implicar riesgo alguno adicional para el paciente de acuerdo con el estado más avanzado de los conocimientos médicos.

o) A que se respete su libre decisión sobre la atención sanitaria que se le dispense, previo consentimiento informado, excepto en los siguientes casos:

1. Cuando exista un riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas, siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

2. Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona enferma y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, lo dispuesto en su manifestación anticipada de voluntad y, si no existiera esta, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a ella.

p) A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en la letra o) del presente artículo, debiendo, para ello, solicitar y firmar el alta voluntaria.

q) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso. Al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, el paciente, familiar recibirá su informe de alta.

r) A disponer de información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios recibidos.

s) A disponer, en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, de una carta de derechos y deberes por la que ha de regirse su relación con los mismos.

2. Sin perjuicio de la libertad de empresa, y respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos anteriores rigen también en los de carácter privado y son plenamente ejercitables.

Artículo 7. *Derecho a la libre elección de médico y centro o establecimiento sanitario.*

1. Respecto de los facultativos, servicios, centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud y, en su caso, de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, los ciudadanos tienen los siguientes derechos:

a) A la libre elección de médico general, pediatra hasta la edad de catorce años inclusive, tocoginecólogo y psiquiatra, de entre los que presten sus servicios en la Zona Básica de Salud o en el municipio de su lugar de residencia. Reglamentariamente se podrá ampliar el derecho a la libre elección a otras especialidades en función de los recursos y necesidades de la ciudadanía. Igualmente, se fijará reglamentariamente los supuestos excepcionales en que los ciudadanos pueden ejercer su derecho en el ámbito de otra Área o Zona Básica de la Comunidad Autónoma. Efectuada la libre elección y aceptada por el facultativo, la Administración sanitaria viene obligada a la adscripción del ciudadano a su médico sin más limitaciones que las que se establezcan para garantizar la calidad asistencial.

b) Al libre acceso, en las condiciones generales de organización y funcionamiento de los servicios, a los facultativos del Centro de Atención Primaria que preste servicio en la Zona Básica de Salud de su lugar de residencia.

c) A la elección, previa libre indicación facultativa, de centro o establecimiento sanitario, de entre las posibilidades que existan. No obstante, la efectividad de este derecho estará en función de los siguientes principios:

1.º Optimización de los recursos públicos.

2.º Disponibilidades en cada momento de los medios y recursos del Sistema Canario de la Salud.

3.º Ordenación eficiente y eficaz de los recursos sanitarios.

4.º Garantía de la calidad asistencial.

2. Se regulará reglamentariamente la libre elección de médico general, pediatra hasta la edad de catorce años inclusive, tocoginecólogo y psiquiatra, los cambios en la elección de médico, el régimen de aceptación por éste, el tiempo de adscripción, así como las condiciones de ejercicio de la libertad de elección de servicio, centro o establecimiento sanitario.

Artículo 8. *Derecho a una segunda opinión.*

Los pacientes de los centros y servicios sanitarios integrados y adscritos al Servicio Canario de la Salud tienen el derecho a la segunda opinión facultativa. A tal fin, reglamentariamente se regularán los procedimientos de obtención de información suplementaria o alternativa ante recomendaciones terapéuticas o indicaciones diagnósticas de elevada transcendencia individual.

Artículo 9. *Derecho a programas y actuaciones especiales y preferentes.*

Los niños, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo tienen derecho, dentro de las disponibilidades en cada momento de medios y recursos del Sistema Canario de la Salud, a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

Artículo 10. *Derechos específicos de los enfermos mentales.*

Los pacientes que por razón de enfermedad física o mental, sean considerados incapaces o presuntos incapaces, en el sentido que lo manifiesta el Título IX, del Libro I, del Código Civil y que están ingresados o tuvieren que ingresar en un centro o establecimiento sanitario, gozan además de los previstos en los artículos 6 y 9, de los siguientes derechos:

a) Cuando en los ingresos voluntarios desapareciera la plenitud de facultades durante el internamiento, la Dirección del Centro deberá solicitar la correspondiente autorización judicial en los términos regulados en el artículo 211 del Código Civil, debiendo reexaminar periódicamente la necesidad del internamiento.

b) Los ingresos forzosos sólo podrán realizarse de acuerdo con el artículo 211 del Código Civil.

Sección 2.ª Deberes

Artículo 11. *Deberes.*

Los ciudadanos tienen los siguientes deberes:

a) De cumplimiento de las prescripciones y órdenes sanitarias, generales y particulares, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6 en sus apartados o) y p).

b) De tolerancia respecto de las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, protección de la salud o la lucha contra las amenazas a la salud pública, así como de colaboración para el éxito de las mismas, especialmente en estado de necesidad.

c) De usar, cuidar y disfrutar de manera responsable y conforme a las normas correspondientes de las instalaciones, servicios y prestaciones del Sistema Canario de la Salud.

d) De respeto a la dignidad personal y profesional de cuantos prestan sus servicios en el Sistema Canario de la Salud.

e) De observancia de las normas, así como de lealtad, veracidad y solidaridad, en la solicitud, obtención y disfrute de prestaciones del Sistema, en especial las aparejadas a la baja laboral, incapacidad para el trabajo y la asistencia terapéutica y social.

f) De observancia, como paciente, del tratamiento prescrito facultativamente. En caso contrario, cuando su inobservancia sea jurídicamente legítima, debe solicitar y firmar el documento de alta voluntaria. De negarse, la Dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta forzosa.

Sección 3.ª Efectividad de los derechos y los deberes

Artículo 12. *Garantías.*

1. La Administración sanitaria de Canarias garantizará a los ciudadanos información suficiente, adecuada y comprensible sobre:

a) Los derechos y deberes en el Sistema Canario de la Salud.
b) Los servicios y prestaciones sanitarios disponibles, su organización, horario de funcionamiento y de visitas, requisitos y procedimientos de acceso, uso y disfrute, y demás datos de utilidad.

2. La Administración sanitaria de Canarias garantizará la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso de los pacientes, así como, en general, toda la información resultante de la relación de los usuarios con los servicios y centros sanitarios. Igualmente garantizará el uso exclusivamente sanitario y científico de la misma. Todo el personal sanitario y no sanitario de los centros y servicios sanitarios públicos y privados implicados en los procesos asistenciales a los pacientes queda obligado a no revelar datos de su proceso, con excepción de la información necesaria en los casos previstos expresamente en la legislación.
3. Las infracciones por violación de estos derechos y el incumplimiento de los deberes estarán sometidos al régimen sancionador contemplado en esta Ley, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria del personal autor de la misma.
4. Los servicios, centros y establecimientos sanitarios, públicos y privados, deberán disponer y, en su caso, tener permanentemente a disposición de los usuarios:

a) Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.
b) Formularios de sugerencias y reclamaciones.
c) Personal y locales bien identificados para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público.

5. El Gobierno de Canarias favorecerá las condiciones materiales y organizativas necesarias, para el ejercicio del derecho a la participación de la población en el Servicio Canario de Salud, impulsando la creación y desarrollo de los órganos de participación que se establezcan.
6. En la Administración canaria habrá una unidad administrativa específica denominada Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios, con dependencia orgánica y funcional de la Consejería competente en materia de sanidad. Esta unidad estará específicamente encargada de atender solicitudes y reclamaciones de los usuarios de los servicios sanitarios.

CAPÍTULO III

Plan de Salud de Canarias

Artículo 13. *Objeto.*

El Plan de Salud de Canarias es el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados estarán sometidos a evaluación.

Artículo 14. *Contenido.*

El Plan de Salud contemplará en su redacción:

a) Análisis y evaluación de los problemas de salud, recursos personales, materiales y económicos empleados, actividades y servicios desarrollados y planes y programas ejecutados.

b) Fijación y evaluación de los objetivos a alcanzar en materia de salud, tanto generales como por áreas de actuación.

c) Análisis y evaluación de los planes, programas y actividades de los sujetos del Sistema Canario de la Salud para alcanzar los objetivos fijados.

d) Fijación del calendario general de actuación para el cumplimiento de los objetivos.

e) Análisis y evaluación de los recursos y medios necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos conforme al calendario establecido.

Artículo 15. *Determinaciones.*

1. El Plan de Salud de Canarias contendrá, al menos, las siguientes determinaciones:

a) Los objetivos del Sistema Canario de la Salud a alcanzar de acuerdo con las prioridades, directrices y orientaciones básicas que establece.

b) Los objetivos, programas y actividades principales relacionadas con la salud de las Administraciones públicas y, en particular, del Servicio Canario de la Salud.

c) Los objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud, así como los criterios para su coordinación con el Servicio Canario de la Salud y, en su caso, articulación funcional.

2. El Plan de Salud deberá precisar el alcance de sus distintas determinaciones, diferenciando, de un lado, las de directa aplicación de las dirigidas a ordenar las ulteriores decisiones de los sujetos públicos y privados, y de otro lado, las meramente orientativas de las vinculantes, especificando el grado y la forma en que éstas lo sean.

Artículo 16. *Elaboración y aprobación.*

1. La elaboración del Plan de Salud de Canarias corresponde a la Consejería competente por razón de la materia, de acuerdo con las directrices establecidas por el Gobierno de Canarias.

2. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta los planes de cada una de las Áreas de salud y las propuestas formuladas por los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas y de las Zonas Básicas de Salud.

3. El Plan de Salud será elevado a la consideración del Gobierno de Canarias por el Consejero competente en materia de sanidad, para su traslado al Parlamento de Canarias a los efectos de su tramitación reglamentaria.

4. Una vez que el Parlamento de Canarias se haya pronunciado, el Plan de Salud será aprobado por Decreto del Gobierno de Canarias, adoptado a propuesta del Consejero competente en materia de Sanidad, remitiéndose al Ministerio competente para su inclusión en el Plan Integrado de Salud.

Artículo 17. *Efectos de la aprobación del Plan de Salud.*

La aprobación del Plan de Salud tendrá los siguientes efectos:

a) Publicidad del contenido íntegro del Plan, debiendo la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma proceder a su edición en forma de publicación razonablemente asequible para el público y tener en sus propias dependencias permanentemente a disposición de éste un ejemplar del mismo para consulta e información.

b) Obligatoriedad de las determinaciones del Plan, en los términos previstos por éste, para todos los sujetos del Sistema Canario de la Salud, públicos y privados.

c) Declaración de utilidad pública de las obras previstas en el Plan y de la ocupación de los terrenos y demás bienes precisos para servicios, centros o establecimientos sanitarios a efectos de expropiación.

Artículo 18. *Evaluación del cumplimiento del Plan de Salud. Revisión.*

1. Corresponde a la Consejería competente por razón de la materia, como órgano de seguimiento y vigilancia de la ejecución del Plan de Salud, efectuar continuadamente, mediante la aplicación de los procedimientos, mecanismos, y criterios establecidos por el

propio Plan, la evaluación del cumplimiento de éste y la organización de un banco de datos sobre la evolución del Sistema Canario de la Salud.

2. Para que pueda medirse su impacto y evaluar los resultados, el Plan de Salud deberá precisar de forma cuantitativa, en la medida de las posibilidades técnicas y de la eficiencia, los objetivos, prioridades y estrategias y las responsabilidades de su cumplimiento.

3. El Consejero competente en materia de sanidad someterá anualmente al Gobierno de Canarias un informe sobre la evolución del Sistema Canario de la Salud, que se trasladará al Parlamento para su conocimiento.

4. El Plan se revisará a los tres años de su aprobación.

CAPÍTULO IV

Órganos de dirección y participación del Sistema Canario de la Salud

Sección 1.ª Órganos de dirección

Artículo 19. *Consejería competente en materia de sanidad.*

1. El Consejero competente en materia de sanidad es el miembro del Gobierno a quien corresponde la dirección de la política de salud y el control de su ejecución. Ejerce, bajo la superior dirección del Gobierno de Canarias, las competencias que le atribuyen la presente Ley y las disposiciones dictadas en su desarrollo.

2. Los restantes órganos de la Consejería, bajo la dirección y la supervisión del Consejero, aseguran, mediante el ejercicio de las competencias previstas en esta Ley y en las disposiciones dictadas para su desarrollo, el funcionamiento administrativo de la estructura sanitaria pública de Canarias y, en especial, el Servicio Canario de la Salud.

Sección 2.ª Órgano superior de participación

Artículo 20. *Consejo Canario de la Salud.*

1. El Consejo Canario de la Salud es el órgano superior de participación comunitaria en el Sistema Canario de la Salud.

2. El titular de la Consejería competente en materia de sanidad ostenta la presidencia del Consejo, pudiendo delegar su ejercicio en cualquiera de los altos cargos de la Consejería.

3. Integran el Consejo Canario de la Salud los siguientes vocales:

a) Catorce en representación de la Administración pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, asumiendo uno de ellos las funciones de Secretario.

b) Siete en representación de los Cabildos insulares.

c) Cuatro en representación de los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma con mayor número de habitantes y uno en representación de la ciudad más poblada de cada una de las islas menores.

d) Cuatro en representación de las centrales sindicales:

Dos en representación de las centrales sindicales más representativas en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

Dos en representación de las centrales más representativas en el sector de la salud de Canarias.

e) Tres en representación de las organizaciones empresariales más representativas.

f) Hasta seis en representación de los colegios profesionales relacionados con el objeto de esta Ley.

g) Uno por cada una de las Universidades Canarias.

h) Uno en representación de las organizaciones de consumidores y usuarios, propuesto por la más representativa en Canarias de las inscritas en el Censo de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Canarias.

i) Dos en representación de las organizaciones vecinales más representativas en Canarias, propuestos por la más representativa en Canarias de las inscritas legalmente en el Registro de Asociaciones del Gobierno de Canarias.

4. El Gobierno de Canarias nombra y cesa los vocales:

a) Libremente, los que lo sean en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias.
b) A propuesta de la entidad u organización, los que lo sean en representación de los intereses sociales institucionales por las organizaciones y entidades aludidas en el número anterior. El nombramiento de estos últimos lo será para un período determinado, que no podrá exceder de cuatro años, sin perjuicio de la posibilidad de segundos y sucesivos nombramientos de renovarse las correspondientes propuestas, o por revocación.

Artículo 21. *Atribuciones.*

Son atribuciones del Consejo Canario de la Salud, las siguientes:

a) Asesorar a los órganos de dirección y gestión del Sistema Canario de la Salud, así como formular propuestas.
b) Verificar la adecuación del funcionamiento y las actividades de todos los servicios, centros y establecimientos sanitarios a la normativa sanitaria correspondiente y su acomodo a las necesidades sociales dentro de las posibilidades económicas.
c) Informar sobre necesidades detectadas y proponer prioridades de actuación, velando por el uso eficiente de los recursos públicos.
d) Informar, con carácter previo a su aprobación, el anteproyecto del Plan de la Salud de Canarias, sus revisiones y adaptaciones, y conocer el estado de su ejecución, así como los planes de cada una de las áreas.
e) Conocer e informar las modificaciones del mapa sanitario de la Comunidad Autónoma.
f) Ser informado de la propuesta de anteproyecto de presupuesto del Servicio Canario de la Salud.
g) Fomentar la participación y la colaboración ciudadana con la Administración sanitaria.
h) Ser informado de las normas que desarrollen la presente Ley o que tengan trascendencia directa para la atención de los usuarios.
i) Cuantas otras funciones se le atribuyan legal o reglamentariamente.

Artículo 22. *Régimen de organización y funcionamiento.*

1. El Consejo Canario de la Salud se reúne, en sesión ordinaria, al menos una vez al semestre y, en sesión extraordinaria, cuando sea convocado por su presidente, a iniciativa propia o a solicitud de al menos un tercio de los vocales.
2. El Consejo Canario de la Salud se regirá por lo previsto en esta Ley y por su Reglamento Interno, que se aprobará por Orden del Consejero competente en materia de sanidad a propuesta del propio Consejo.

TÍTULO II

Estructura pública sanitaria de Canarias

CAPÍTULO I

Definición y funciones

Artículo 23. *Funciones de la estructura sanitaria pública.*

La estructura sanitaria pública canaria, a través de las Administraciones públicas en el ámbito de sus respectivas competencias, desarrolla las siguientes funciones:

1. De salud pública:

a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad adoptando acciones sistemáticas de educación para la salud individual y colectiva y de información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud. Con este fin se establecerá un sistema adecuado de información sanitaria y vigilancia epidemiológica que permita el seguimiento de forma continuada de la

evolución de los problemas de salud y la evaluación de las actividades, programas y servicios.

b) Promoción y protección de la salud medioambiental, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito, en particular, el control de la contaminación del aire, agua y suelo, incluyendo el control de los sistemas de eliminación, tratamiento y reciclaje de los residuos sólidos y líquidos y los de saneamiento del aire.

c) Control sanitario y promoción de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos más adecuados, cuantitativa y cualitativamente, a la salud pública.

d) Promoción y protección de la salud, y prevención de los factores de riesgo a la salud en los establecimientos públicos y lugares de habitación y convivencia humana, en especial, los centros escolares, las instalaciones deportivas y los lugares, locales e instalaciones de esparcimiento público.

e) Promoción y protección de la salud laboral, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito, en especial, control de las instalaciones, actividades y medios utilizados, adoptando programas y actividades en coordinación con las políticas generales en esta materia y, específicamente, con las mutuas privadas y servicios médicos de las empresas.

f) Prevención de los factores de riesgo y protección de la salud frente a los efectos dañosos producidos por bienes de consumo.

g) Promoción y protección de la salud alimentaria, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito, incluyendo la mejora de la calidad de los alimentos.

h) Promoción y protección de la salud pública veterinaria, prevención de los factores de riesgo en este ámbito, sobre todo en las áreas de control, sanidad e higiene alimentaria en mataderos, industrias, establecimientos y actividades de carácter alimentarios: prevención y lucha contra la zoonosis y sanidad medio ambiental.

i) Promoción y protección de la salud en relación con los productos farmacológicos, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito, en especial, el control sanitario de los productos farmacéuticos, de los elementos de utilización diagnóstica, terapéutica y auxiliar y de aquellos otros que afectando al organismo humano puedan suponer riesgo para la salud de las personas, así como de las reacciones adversas a los medicamentos.

j) Prevención de los factores de riesgo y protección de la salud frente a las sustancias susceptibles de generar dependencia.

k) Promoción y protección de la salud mental, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

l) Promoción y protección de la salud bucodental, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

m) Orientación y planificación familiar, así como la promoción y protección de la salud materno infantil y escolar, y prevención de los factores de riesgo en estos ámbitos.

n) Promoción y protección de la salud deportiva no profesional, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

ñ) Promoción de los hábitos de vida saludables entre la población y atención a los grupos sociales de mayor riesgo y, en especial, a niños, jóvenes, minusválidos, trabajadores y ancianos.

o) Prevención y protección de la salud frente a cualquier otro factor de riesgo, en especial la prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas, adoptando programas específicos de protección y, en general, el control de todas aquellas actividades clasificadas por su repercusión sobre la salud.

p) Policía sanitaria mortuoria.

q) El control de la publicidad sanitaria.

2. De asistencia sanitaria:

a) Atención primaria integral de salud en colaboración con los servicios sociales de su ámbito, así como la atención continuada propia de dicho nivel asistencial.

b) Atención especializada en régimen domiciliario, ambulatorio y hospitalario, así como la atención continuada propia de dicho nivel asistencial y la rehabilitación.

c) Atención sociosanitaria, especialmente a los enfermos crónicos, en coordinación con los servicios sociales.

d) Atención psiquiátrica.

e) Atención buco-dental, con especial atención a la prevención. Podrán incorporarse dentro de los límites presupuestarios, el resto de las prestaciones asistenciales.

f) Prestación de productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares necesarios tanto para la promoción, prevención y protección de la salud, como para la curación y rehabilitación de la enfermedad.

g) Atención a los grupos de población de mayor riesgo.

3. De docencia e investigación en el mundo de las ciencias de la salud y la formación continuada del personal sanitario.

4. De salud laboral.

5. De evaluación, control y mejora de la calidad de los servicios sanitarios.

6. Cualquier otra actividad relacionada con la promoción, protección y atención integral de la salud, así como las de prevención y asistencia en caso de enfermedad, no enunciadas en los apartados anteriores.

CAPÍTULO II

Intervención administrativa de las actividades que pueden repercutir sobre la salud

Artículo 24. *Intervención administrativa de prevención de la enfermedad.*

En el ámbito de sus respectivas competencias, las Administraciones sanitarias de Canarias quedan habilitadas para intervenir, en los términos precisados en cada caso por esta Ley y la restante legislación aplicable, cuantas actividades, servicios, centros o establecimientos, sean públicos o privados, tengan incidencia en la salud individual o colectiva, y, en particular, para:

a) Establecer sistemas de información y de análisis las distintas situaciones que, por repercutir sobre la salud, puedan provocar acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

b) Establecer, de acuerdo con la normativa básica del Estado, limitaciones preventivas de carácter administrativo para el desarrollo de las actividades, públicas y privadas, que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud.

c) Establecer, de acuerdo con la normativa básica del Estado, registros en los que deberán inscribirse, por razones sanitarias, empresas, productos o actividades.

d) Establecer, de acuerdo con la normativa básica del Estado, prohibiciones y requisitos mínimos obligatorios.

e) Establecer y exigir, de acuerdo con la normativa básica del Estado, autorizaciones administrativas a las empresas, productos o actividades, en particular las relativas a las industrias, establecimientos y actividades alimentarias, así como el seguimiento, control e inspección de los procesos desarrollados en ellos.

f) Establecer, controlar e inspeccionar las condiciones higiénico-sanitarias de funcionamiento y desarrollo de actividades, locales y edificios de habitación o residencia, trabajo, recreo y asistencia pública y, en general, del medio en que se desenvuelve la vida humana.

g) Regular mediante desarrollo reglamentario y controlar 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.

h) Ejecutar la policía sanitaria mortuoria.

i) Cualesquiera otras que le sean legalmente atribuidas.

Artículo 25. *Intervención administrativa de protección de la salud.*

1. En caso de que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias adoptarán las medidas preventivas que consideren pertinentes y sean necesarias y eficaces para hacer desaparecer aquel riesgo o mitigar al máximo los efectos de su eventual materialización, tales como las órdenes generales y particulares, de hacer, no hacer o tolerar, la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas,

centros o establecimientos o de parte de sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.

2. Cuando la actividad desarrollada tenga una repercusión excepcional y negativa en la salud de los ciudadanos, las Administraciones Públicas, a través de sus órganos competentes, podrán decretar la completa intervención administrativa de la actividad, el bien, el centro o el establecimiento de que se trate, con el objeto de eliminar aquélla. La intervención sanitaria no tendrá más objetivo que la eliminación de los riesgos para la salud colectiva y cesará tan pronto como aquéllos queden excluidos.

3. En los supuestos en que sea previsible el decomiso de una mercancía por infracción de la normativa aplicable en materia de sanidad, higiene, seguridad, protección del consumidor, defensa de la calidad de la producción agroalimentaria, o como sanción accesoria, la autoridad sanitaria competente podrá ordenar la intervención cautelar de la misma, sin perjuicio de que en la resolución que se dicte se decrete el decomiso definitivo o se deje sin efecto la intervención ordenada.

4. La duración de las medidas adoptadas conforme a los apartados anteriores, será la fijada en cada caso, sin que pueda exceder de la duración precisa para hacer frente a la situación de riesgo inminente y extraordinario que las justificó, sin perjuicio de las prórrogas sucesivas acordadas por resoluciones motivadas.

Artículo 26. *Intervención administrativa de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.*

1. La Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias ejerce, respecto de los centros, servicios y establecimientos sanitarios radicados en Canarias, cualquiera que sea su nivel, categoría o titular, las siguientes potestades:

a) De homologación, denominación, calificación, acreditación y registro.

b) De autorización para su creación, instalación y funcionamiento, modificación de su estructura y régimen inicial, así como para su cierre o supresión.

c) De inspección y control de su organización, actividades y funcionamiento, en particular de sus actividades de promoción y publicidad, para determinar el cumplimiento de las normas sanitarias y, en general, el respeto de los derechos de los ciudadanos.

d) De evaluación de sus actividades y funcionamiento en el caso de los centros públicos y de los privados.

2. Cuando la defensa de la salud de la población lo requiera, el Consejero competente en materia de sanidad podrá establecer regímenes temporales y excepcionales de funcionamiento de los establecimientos sanitarios.

3. Reglamentariamente, se determinarán las condiciones en que podrán utilizarse las denominaciones de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Artículo 27. *Principios de la intervención administrativa.*

La intervención administrativa regulada en este capítulo responde en todo caso a los siguientes principios generales:

a) Proporcionalidad de los medios respecto de los fines.

b) Limitación de los medios a lo estrictamente necesario.

c) Mínima afección a la libertad y a los derechos constitucionales, y siempre y cuando sea imprescindible para garantizar la efectividad de las medidas de intervención.

d) Preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.

e) Interdicción de las medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida.

Artículo 28. *Autoridad sanitaria y agentes de la autoridad sanitaria.*

1. En el ámbito de sus respectivas competencias, tienen el carácter de autoridad sanitaria, a todos los efectos, el Gobierno de Canarias, el consejero o consejera competente en materia de sanidad, la persona titular de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, la persona titular del centro directivo competente en materia de salud pública y las personas que ostenten las presidencias de los cabildos y las alcaldías.

2. El personal al servicio de la autoridad sanitaria, de cualesquiera de las administraciones públicas, cuando ejerza funciones de inspección sanitaria, tendrá la condición de agente de la autoridad sanitaria y está facultado, acreditando su identidad, para:

a) Personarse y, en su caso, entrar, sin previa notificación y en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto a esta ley.
b) Efectuar u ordenar la realización de las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta ley y cuantas normas sean aplicables.
c) Tomar y sacar muestras con objeto de comprobar el cumplimiento de la legislación aplicable.
d) Realizar cuantas actividades sean precisas para el adecuado cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen, en especial, adoptar en caso de urgencia inaplazable, medidas de protección y órdenes de ejecución.

3. Como consecuencia de la inspección, las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la suspensión provisional, prohibición de las actividades y clausura definitiva de los centros y establecimientos, por requerirlo la protección de la salud colectiva o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación y funcionamiento.
4. Las personas físicas o jurídicas, asociaciones, entidades, empresas o centros públicos o privados, estarán obligadas a consentir la realización de visitas de inspección, permitir las actuaciones descritas en el apartado 2, y en general, a dar toda clase de facilidades para ello.
5. Los hechos constatados por los agentes de la autoridad sanitaria en las actas de inspección extendidas y firmadas de acuerdo con las formalidades exigidas, así como en los informes complementarios que realicen respecto de los hechos que hayan constatado, gozarán de presunción de veracidad salvo prueba en contrario.
6. La autoridad sanitaria y sus agentes, en el ejercicio de sus funciones, podrán solicitar el apoyo, auxilio y colaboración de otros órganos administrativos, funcionarios públicos u otras instituciones, pudiendo incluso requerir, en caso de estricta y urgente necesidad y para el mejor cumplimiento de la legislación vigente, el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado u otros agentes de la autoridad que tengan encomendadas funciones de seguridad.

CAPÍTULO III

Asistencia sanitaria

Artículo 29. *Principios generales.*

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios prestarán la asistencia sanitaria de manera integrada a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria.
2. La asistencia sanitaria se organiza en los siguientes niveles:

a) De atención primaria de la salud, el cual constituye la base del sistema sanitario público y comprende el conjunto de actividades médico-asistenciales de acceso directo desarrolladas a nivel individual, familiar y comunitario, de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de reinserción social en coordinación con los servicios públicos socio-sanitarios.
b) De atención especializada tanto hospitalaria como extrahospitalaria.

Artículo 30. *Atención primaria de la salud.*

1. La atención primaria de la salud constituye la base del Sistema Canario de la Salud. Comprende el conjunto de actividades médico-asistenciales y de salud pública, desarrolladas de manera individual, familiar y comunitaria por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Canario de la Salud en la Zona Básica de Salud.
2. La organización de las estructuras dedicadas a la atención primaria de la salud responde a los principios de trabajo en equipo y de participación activa de la población.

3. Las estructuras de atención primaria desarrollan, en el marco territorial de su Zona Básica de Salud, las siguientes actividades:

a) Asistencia sanitaria primaria individual tanto en régimen ambulatorio como domiciliario y de urgencias.
b) Promoción de la salud, prevención de las enfermedades y reinserción social.
c) Educación sanitaria de la población, docencia e investigación.
d) Participación en los programas médico-preventivos, de salud pública y de protección sanitaria de grupos sociales con riesgos sanitarios que específicamente se determinen.
e) Cumplimentación de los datos que sean requeridos para evaluar el estado de salud de la población comprendida en la Zona Básica de Salud y las actividades del equipo de atención primaria.
f) Orientación y consejo a los ciudadanos en el uso de su libertad de elección y, en general, en su desenvolvimiento dentro del sistema sanitario público.

Artículo 31. *Asistencia sanitaria especializada.*

1. La asistencia sanitaria especializada, hospitalaria y extrahospitalaria, prestada, en general, por indicación médica del personal de los equipos de atención primaria, por el equipo de profesionales sanitarios del Área de Salud, bajo la dirección de los responsables médicos hospitalarios competentes en función de la especialidad, tiene por finalidad la curación y rehabilitación de los ciudadanos, una vez sobrevenidos procesos que requieran asistencia de mayor complejidad técnica.
2. La asistencia sanitaria especializada tiene por objeto:

a) Servir de apoyo médico y quirúrgico a la atención primaria de salud.
b) Colaborar en los programas de prevención, educación sanitaria, atención de urgencias, interconsulta y consulta especializada, tanto en régimen hospitalario como extrahospitalario.
c) Participar, en la forma que en cada caso se determine, en actividades docentes.

3. Los recursos de asistencia especializada, además de la asistencia sanitaria, realizan las siguientes actividades:

a) De apoyo y colaboración para la elaboración y ejecución de los programas asistenciales de los equipos de atención primaria, principalmente mediante la formación continuada, la interconsulta y la protocolización de los procesos.
b) De colaboración en la realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen por la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, de acuerdo con las necesidades sanitarias de la población.
c) De recogida y suministro de los datos que sean precisos y requeridos para las estadísticas sanitarias y evaluar el estado de salud de la población asistida y las actividades de los servicios.

4. La asistencia sanitaria especializada utiliza los recursos asistenciales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública en función del nivel de acreditación de los centros y de la complejidad de las patologías a atender, de acuerdo con los Planes de Salud de Canarias y de Área de Salud y demás disposiciones de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias reguladora de la utilización de dicha Red.

Artículo 32. *Atención sanitaria de urgencia.*

1. La atención sanitaria a la demanda urgente es prestada, como una actividad más de la asistencia sanitaria, por la Red de Asistencia Urgente, integrada por los centros y servicios sanitarios acreditados por el Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con las determinaciones del Plan Canario de urgencia.
2. Con el objeto de asegurar la continuidad de la asistencia en el tiempo y entre los diferentes niveles asistenciales, así como garantizar las evacuaciones entre las diferentes Áreas de salud, la red contará con un Plan Canario Regional de urgencias con su diseño y estructura correspondiente.

3. Sin perjuicio de las competencias de la Administración del Estado, en caso de catástrofe, calamidad o situación de emergencia, apreciada por el Gobierno de Canarias, todos los servicios, centros y establecimientos ajustarán su actividad a las decisiones de aquél, del Consejero competente en materia de sanidad, y en su caso, del órgano de coordinación de la Red de Asistencia Urgente durante el tiempo que dure dicha situación.

Artículo 33. *Política autonómica en relación con los medicamentos.*

1. Corresponde a la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de suministro, distribución y uso de medicamentos:

a) El establecimiento de programas de control de la calidad de los medicamentos para comprobar la observancia de las condiciones de la autorización y de las demás establecidas en la normativa que le sean aplicable.
b) La recogida y elaboración de la información sobre reacciones adversas a los medicamentos, coordinada con el organismo estatal competente.
c) La adopción de las medidas y programas tendentes a racionalizar la utilización de los medicamentos, tanto en la atención primaria de salud como en la especializada.

2. Las oficinas de farmacia, en cuanto establecimientos sanitarios, colaboran con la Administración sanitaria en los programas tendentes a garantizar el uso racional de los medicamentos en la atención primaria de salud, y en programas de educación sanitaria e información epidemiológica.

CAPÍTULO IV

Infracciones y sanciones

Artículo 34. *Infracciones sanitarias.*

1. Son infracciones sanitarias las acciones y las omisiones que, respondiendo a los tipos definidos por esta Ley, supongan una contravención de disposiciones de naturaleza o fin sanitarios contenidas en la legislación estatal o canaria reguladora de la salud o en la de cualquier otra naturaleza a la que ésta remita.
2. Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves. Para su clasificación se atenderá a los criterios de grado de intencionalidad y reincidencia en la comisión de infracciones, gravedad y riesgo para la salud de la alteración sanitaria y social producida por la infracción, y cuantía del beneficio obtenido.

Artículo 35. *Responsabilidad y personas a las que es exigible.*

1. La exigencia de responsabilidad en vía sancionadora requiere dolo, culpa o negligencia, que son apreciables incluso por incumplimiento del deber de vigilancia de la observancia de las normas sanitarias por parte de las personas que, por su habilitación para el ejercicio de determinada profesión o por su giro o tráfico, tienen obligación legal de suficiente conocimiento de la normativa sanitaria.
2. Pueden incurrir en responsabilidad sancionadora las personas físicas y jurídicas.

Artículo 36. *Infracciones leves.*

Son infracciones sanitarias leves:

a) Las simples irregularidades formales en el cumplimiento de la normativa sanitaria, sin trascendencia directa, en todo caso, para la salud pública.
b) Las cometidas por simple negligencia, siempre que la alteración o riesgo sanitarios producidos fueren de escasa entidad.
c) Las que no merezcan la clasificación de graves o muy graves en aplicación de los dos artículos siguientes.

Artículo 37. *Infracciones graves.*

Son infracciones sanitarias graves:

a) El incumplimiento gravemente negligente o culposo de normas sanitarias, cuando produzca una alteración o, al menos, riesgo de alteración sanitaria grave.

b) El incumplimiento de las normas relativas a autorización, registro y acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios.

c) La realización de cualquier actividad sin previa autorización administrativa o al amparo de autorización no en vigor o infringiendo las condiciones de la concedida, siempre que ésta sea preceptiva, así como el ejercicio de cualquier actividad para la que se exija título o habilitación profesionales sin contar con el que sea exigible.

d) La omisión o deficiente aplicación de los controles y precauciones exigidos por las normas sanitarias para desarrollar la actividad o prestar el servicio.

e) Dificultar o impedir el disfrute de cualquiera de los derechos reconocidos en el Título I de esta Ley respecto a los servicios sanitarios y sociosanitarios públicos y privados.

f) La resistencia o pasividad en la colaboración, legalmente debida, con las autoridades sanitarias.

g) La resistencia a suministrar datos o facilitar información a las autoridades sanitarias.

h) El suministro de datos falsos o fraudulentos a las autoridades sanitarias.

i) La obstrucción a la acción de los servicios de inspección sanitaria.

j) El incumplimiento de las órdenes específicas que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzca por primera vez.

k) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves, o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

l) La reincidencia en cualquier infracción leve en un período de tres meses.

Artículo 38. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones sanitarias muy graves:

a) El incumplimiento doloso o gravemente culposo de las normas sanitarias, cuando produzca un daño efectivo a la salud individual o pública.

b) La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.

c) La resistencia a colaborar con las autoridades sanitarias en situación de riesgo inminente y grave para la salud individual o pública.

d) El incumplimiento reiterado de órdenes específicas de las autoridades sanitarias.

e) El incumplimiento de órdenes específicas de las autoridades sanitarias cuando exista un riesgo para la salud inminente y extraordinario.

f) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias.

g) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves, o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.

h) La reincidencia en la comisión de faltas graves en un período de cinco años.

Artículo 39. *Sanciones administrativas y criterios para la fijación de su cuantía.*

1. Las infracciones sanitarias serán sancionadas con multas, con arreglo a la siguiente escala:

a) Infracciones leves, hasta 500.000 pesetas.

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

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

2. Además, el Gobierno de Canarias podrá acordar en los supuestos de infracciones muy graves, el cierre definitivo o temporal del establecimiento, centro o servicio por un plazo máximo de cinco años. En tal caso, será de aplicación lo previsto en la legislación sobre infracciones y sanciones de orden social.

3. La autoridad competente para resolver el expediente en los supuestos de infracciones graves o muy graves no comprendidas en el artículo 41.c), podrá acordar como sanción accesoria el decomiso de mercancía en la forma que reglamentariamente se determine.

4. Las cuantías señaladas en el apartado 1 deberán ser revisadas y actualizadas periódicamente por el Gobierno de Canarias, teniendo en cuenta la variación de los índices de precios para el consumo.

5. La cuantía de las multas se fijará atendiendo al grado de intencionalidad, la reiteración en infracciones y las consecuencias de éstas para la salud individual y pública.

Artículo 40. *Competencia para la imposición de sanciones.*

1. Las autoridades sanitarias competentes para imponer sanciones serán las siguientes:

a) El Alcalde y el Presidente del Cabildo, hasta 2.000.000 de pesetas.
b) El Consejero competente en materia de sanidad, hasta 10.000.000 de pesetas.
c) El Gobierno de Canarias desde 10.000.001 pesetas.

2. Dichas cantidades serán actualizadas por el Gobierno de Canarias con la periodicidad y los criterios previstos en el apartado 4 del artículo anterior para las sanciones.

3. Las competencias previstas en el apartado anterior podrán ser objeto de desconcentración en órganos inferiores en el seno de las respectivas Administraciones.

Artículo 41. *Carácter no sancionador de medidas de policía administrativa.*

No tendrán carácter de sanción:

a) La clausura o cierre de centros, servicios, establecimientos o instalaciones por no contar con la autorización o el registro sanitarios preceptivos.

b) La suspensión del funcionamiento de dichos centros o establecimientos hasta tanto se rectifiquen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad.

c) La retirada del mercado, cautelar o definitiva, de productos o servicios por las mismas razones.

CAPÍTULO V

Competencias de las Administraciones públicas de Canarias

Sección 1.ª Competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias

Artículo 42. *Competencias.*

1. Corresponde a la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias el diseño y ejecución de la política de la Comunidad Autónoma en materia de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud, así como la gestión de las prestaciones sanitarias y de los centros, servicios y establecimientos que la prestan.

2. Las competencias en materia de sanidad que corresponden al Gobierno se ejercen por éste, por la Consejería competente en materia de sanidad y por el Servicio Canario de la Salud integrado dentro de esta Consejería, según se dispone en los artículos siguientes.

Artículo 43. *Gobierno de Canarias.*

1. Corresponde al Gobierno de Canarias la dirección y planificación de la política de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria, y de las Administraciones públicas sanitarias de Canarias, en especial, el Servicio Canario de la Salud. Ejerce la función ejecutiva y la potestad reglamentaria en este mismo ámbito.

2. Igualmente corresponde al Gobierno de Canarias, respecto de las actividades sanitarias de las Administraciones públicas de Canarias, como responsable último de su

funcionamiento ordenado, eficiente y eficaz, las competencias de ordenación, planificación, dirección, supervisión, control, inspección y sanción sanitarias, sociosanitarias y de salud pública y todas las demás que le atribuye la presente Ley y cualquier otra norma de ordenamiento jurídico. En particular, aprueba programas, fija directrices y criterios generales de coordinación de las actividades de todos los sujetos del sistema y establece los criterios generales de distribución de los recursos económicos de financiación de dicho sistema.

Artículo 44. *Consejería competente en materia de sanidad.*

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, bajo la superior dirección del Gobierno de Canarias, la ejecución de la política sanitaria y, en particular, de las prestaciones sanitarias tanto de salud pública como de asistencia sanitaria, primaria y especializada, que le compete a la Administración de la Comunidad Autónoma.

2. Igualmente le corresponde las siguientes competencias:

a) La ejecución de las normas, planes, directrices, órdenes y sanciones aprobadas, dictadas o adoptadas en ejercicio de sus competencias por el Gobierno de Canarias.

b) La fijación, en ejecución de las decisiones del Gobierno de Canarias, de los programas, criterios, directrices y prioridades de la política de protección de la salud y de asistencia sanitaria y sociosanitaria.

c) La fijación de criterios particulares de planificación y ordenación sanitaria.

d) Todas las demás que le atribuya el ordenamiento jurídico.

Artículo 45. *Servicio Canario de la Salud.*

En el seno de la Consejería competente en materia de sanidad se crea, en los términos establecidos en los artículos siguientes, el Servicio Canario de la Salud como organismo autónomo encargado de la ejecución de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma de Canarias y de la gestión de las prestaciones y centros, servicios y establecimientos de la Comunidad Autónoma encargados de las actividades de salud pública y asistencia sanitaria.

Sección 2.ª Competencias de los entes locales insulares y municipales

Artículo 46. *Competencias de los Cabildos.*

Corresponde a los Cabildos el ejercicio, en el marco de los Planes de Salud y de los programas, directrices y criterios del Gobierno de Canarias y de la Consejería competente en materia de sanidad, las siguientes competencias:

1. La ejecución de campañas de saneamiento zoosanitario, así como el control de las actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas.

2. La participación, en los términos que se establezcan reglamentariamente, en los centros y establecimientos de su titularidad adscritos funcionalmente al Servicio Canario de la Salud, que serán gestionados por este Servicio.

3. La participación en el Consejo Canario de la Salud y en los Consejos de Dirección del Área de Salud y en el de Participación Hospitalaria.

Artículo 47. *Competencias de los Ayuntamientos.*

Corresponde a los Ayuntamientos el ejercicio, en el marco de los Planes de Salud y de los programas, directrices y criterios del Gobierno de Canarias y de la Consejería competente en materia de sanidad, las siguientes competencias:

1. En materia de Salud Pública:

a) El control sanitario del medio ambiente, en particular, el de la contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales, sin perjuicio de las competencias de otras Administraciones públicas.

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

c) El control sanitario de los edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene

personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físicodeportivas y de recreo.

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

e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria.

2. La participación en la construcción, remodelación y equipamiento de los consultorios locales, así como en su conservación y mantenimiento, en los términos establecidos en el correspondiente convenio de colaboración.

3. La participación en el Consejo Canario de la Salud y en los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas de Salud, en los de Salud de las Zonas Básicas de Salud y en los de Participación de los hospitales, en la forma que reglamentariamente se determine.

Artículo 48. *Servicios sanitarios propios de las Corporaciones Locales.*

1. Para el ejercicio de sus competencias, los Cabildos y los Ayuntamientos dispondrán, cuando el desarrollo de las actividades sanitarias lo requiera, de personal y servicios sanitarios propios. En donde no estuviere justificado la constitución de servicios propios, los Cabildos y Ayuntamientos se servirán, de acuerdo con lo dispuesto reglamentariamente por el Gobierno de Canarias y en los términos de los convenios correspondientes, de los profesionales sanitarios del Área de Salud y dispondrán del apoyo técnico de los Centros de Salud.

2. En todo caso, los Ayuntamientos para el desarrollo de sus funciones deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las Áreas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos. Este personal tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidad personales y patrimoniales.

Artículo 49. *Convenios de colaboración.*

La Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, a través del Consejero competente en materia de sanidad, y los Cabildos y Ayuntamientos podrán celebrar los convenios precisos para articular la colaboración interadministrativa en la ejecución de sus respectivas competencias en materia de sanidad y, en particular, el desarrollo de los Planes de Salud de las Áreas y, en su caso, de Zona Básica de Salud.

TÍTULO III

Servicio Canario de la Salud

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 50. *Naturaleza.*

1. Se crea el Servicio Canario de Salud como un organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

2. El Servicio Canario de la Salud queda adscrito a la Consejería competente en materia de Sanidad que ejercerá sobre el mismo las facultades de alta dirección, control y tutela que le atribuyen esta Ley y el resto del ordenamiento jurídico.

3. Constituye el objeto del Servicio Canario de la Salud el desarrollo de las competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, así como de la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados o adscritos funcionalmente al propio Servicio.

Artículo 51. *Funciones.*

1. El Servicio Canario de la Salud, en el marco del Plan de Salud de Canarias y de acuerdo con los programas, directrices y prioridades de la política de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria y sociosanitaria, así como los criterios generales y particulares de la planificación y ordenación sanitaria, del Gobierno de Canarias y del Consejero competente en materia de sanidad, desarrolla las funciones siguientes:

a) La ejecución de actuaciones y programas en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación.

b) La gestión del sistema de información y análisis de las distintas situaciones, que por repercutir sobre la salud, puedan provocar acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

c) El registro y la concesión, en su caso, de las autorizaciones sanitarias, establecidos de manera obligatoria por Reglamento del Gobierno de Canarias, de los productos, actividades, servicios, locales, edificios, viviendas, empresas, instalaciones, establecimientos o bienes directa o indirectamente relacionados con el uso o el consumo humano.

d) El control e inspección, de acuerdo con los Reglamentos del Gobierno de Canarias, de todos los productos, actividades, servicios, locales, edificios, viviendas, empresas, instalaciones, establecimientos o bienes directa o indirectamente relacionados con el uso o el consumo humano.

e) La adopción de medidas preventivas de protección de la salud cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, tales como las órdenes generales y particulares, de hacer, no hacer o tolerar, la incautación o inmovilización de productos, la suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas, centros o establecimientos o de parte de sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.

f) La supervisión, control, inspección y evaluación de los servicios, centros y establecimientos sanitarios integrados, adscritos o concertados al Servicio.

g) La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos de promoción y protección de la salud y de prevención y atención sanitaria y sociosanitaria integrados y adscritos en el Servicio Canario de la Salud, regulando y potenciando su autonomía de gestión.

h) La gestión y prestación de los servicios del Servicio.

i) La asistencia sanitaria de atención primaria, especializada y de urgencia.

j) La ejecución y, en su caso, coordinación de los programas de docencia e investigación.

2. Para la prestación de las actividades a que se refieren las letras a), g), h), i) y j) del apartado anterior, en particular, la asistencia sanitaria y la gestión y administración de centros, servicios y establecimientos sanitarios, el Servicio Canario de la Salud puede:

a) Proponer la creación de sociedades para su gestión directa.

b) Establecer acuerdos, convenios, conciertos o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas.

c) Formar consorcios de naturaleza pública con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales, si procede.

d) Crear o participar en cualesquiera otras entidades admitidas en Derecho, cuando así convenga a la gestión y ejecución de los servicios o actuaciones.

3. La constitución de sociedades bajo su dependencia, la formación de consorcios y la creación por parte del Servicio Canario de la Salud de cualesquiera otras entidades admitidas en Derecho o su participación en las mismas deben ser autorizadas por el Gobierno de Canarias.

CAPÍTULO II

Atribuciones de los órganos de gobierno de la Administración de la Comunidad Autónoma respecto del Servicio Canario de la Salud

Artículo 52. *Gobierno de Canarias.*

El Gobierno de Canarias ejerce, respecto del Servicio Canario de la Salud, la superior dirección, impulso, coordinación, ordenación, planificación y supervisión. En especial ejerce las siguientes atribuciones:

a) Autorizar la celebración de convenios con los Cabildos y Ayuntamientos para la prestación de servicios, así como la formación de consorcios y demás fórmulas de gestión compartida con entidades públicas.
b) Nombrar y cesar al Director del Servicio, a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad.
c) Nombrar y cesar a los Directores generales del Servicio y a los Directores de las Áreas de Salud, a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad.
d) Las demás que expresamente le confieren las Leyes.

Artículo 53. *Consejero competente en materia de sanidad.*

Al Consejero competente en materia de sanidad le corresponden las siguientes atribuciones:

a) Aprobar las directrices y criterios generales de actuación del Servicio Canario de la Salud y de los centros, servicios y establecimientos sanitarios adscritos funcionalmente al servicio, así como aprobar, en ejecución de tales directrices y criterios, los programas, directrices y criterios particulares de actuación de dichos servicios, centros y establecimientos.
b) Aprobar, oído el Consejo de Dirección del Servicio, el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud y de los establecimientos hospitalarios del Servicio.
c) Aprobar los criterios generales a los que deberán ajustarse los acuerdos, convenios y conciertos del Servicio con particulares para la ejecución de sus funciones, así como el establecimiento, gestión y actualización de dichos acuerdos, convenios y conciertos.
d) Nombrar y cesar a los Directores de las Zonas Básicas de Salud y centros hospitalarios del Servicio Canario de la Salud, en los términos establecidos en esta Ley y en los reglamentos que la desarrollen.
e) Nombrar y cesar a los vocales del Consejo de Dirección del Servicio, excepto los altos cargos del servicio.
f) Nombrar y cesar a los vocales de los Consejos de Dirección y de Salud, de las Áreas y Zonas Básicas de Salud, así como, los de la Comisión de Participación Hospitalaria, libremente, los que lo sean en representación del Gobierno de Canarias y a propuesta de la entidad u organización representada, los que lo sean en representación de dichas entidades u organizaciones.
g) Ejercer la jefatura superior de su personal.
h) Las demás que expresamente le confieren las Leyes y los reglamentos.

CAPÍTULO III

Órganos centrales

Artículo 54. *Enumeración.*

Los órganos centrales de dirección y administración del Servicio Canario de la Salud son los siguientes:

a) Órganos colegiados:

El Consejo de Dirección.

b) Órganos unipersonales:

El Director.
Los Directores generales.

Sección 1.ª Consejo de Dirección

Artículo 55. *Definición.*

El Consejo de Dirección es el órgano superior de gobierno y administración del Servicio Canario de la Salud.

Artículo 56. *Composición.*

1. El Consejo de Dirección estará compuesto por:

a) El Consejero competente en materia de sanidad, que será su presidente, y como tal tendrá su representación institucional.
b) El Director del Servicio Canario de la Salud, que será su vicepresidente.
c) Uno de los Directores generales del Servicio en su calidad de secretario del Consejo.
d) Doce vocales con la siguiente distribución:

Cinco en representación de la Consejería competente en materia de sanidad.
Un Director de Área de Salud por cada isla.

2. Los vocales del Consejo de Dirección son nombrados y cesados por el Consejero competente en materia de sanidad.

Artículo 57. *Atribuciones.*

El Consejo de Dirección ejerce las siguientes atribuciones:

a) Proponer al Consejero competente en materia de sanidad, y en su caso fijar, los programas, criterios y directrices de actuación del Servicio Canario de Salud así como de coordinación de todo el dispositivo sanitario público y de cobertura pública, especialmente con respecto a las actividades que lleven a cabo las Áreas de Salud.
b) Aprobar, a iniciativa del Director del Servicio, los Planes de Salud de las Áreas y, en su caso, de las Zonas Básicas de Salud, de acuerdo con el Plan de Salud de Canarias y las normas, directrices y programas del Gobierno de Canarias y Consejero competente en materia de sanidad.
c) Aprobar, a iniciativa del Director del Servicio, propuestas generales en materia de ordenación y planificación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública, para su toma en consideración por los órganos competentes de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias.
d) Aprobar, a iniciativa del Director del Servicio, la Memoria anual del Servicio.
e) Aprobar los proyectos de Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud y de los establecimientos hospitalarios del Servicio, para su elevación al Consejero competente en materia de sanidad.
f) Aprobar, a iniciativa del Director del Servicio, la delegación de funciones a las Áreas y a los órganos de prestación de servicios sanitarios.
g) Proponer los criterios generales a los que deben ajustarse los acuerdos, convenios y conciertos del Servicio con particulares para la ejecución de sus funciones.
h) Aprobar, a iniciativa del Director del Servicio, la propuesta de anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos anuales del Servicio Canario de Salud.
i) Aprobar y elevar a la Consejería competente en materia de Sanidad el estado de cuentas y la documentación relativa a la gestión económica y contable del Servicio a los efectos de lo previsto en la Ley 7/1984, de 11 de diciembre, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.
j) Elevar a la Consejería competente en materia de Sanidad el anteproyecto de relación de puestos de trabajo del Servicio.
k) Cuantas facultades de gobierno y administración del Servicio no estén atribuidas expresamente a los restantes órganos del mismo.

l) Cualesquiera otras que le correspondan por precepto legal o reglamentario.

Artículo 58. *Presidente y Vicepresidente del Consejo de Dirección del Servicio Canario de Salud.*

1. El Presidente ejerce las funciones que el ordenamiento vigente atribuye a los Presidentes de los órganos colegiados y a los representantes o titulares de los Organismos autónomos, y aquellas competencias específicas que le atribuya el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio.

2. El Vicepresidente sustituye al Presidente en los casos de vacante, ausencia o enfermedad del Presidente y realiza las funciones que éste o el Consejo de Dirección le confiera expresamente o delegue, sin perjuicio de las funciones que como Director del Servicio Canario de Salud le atribuye el artículo 60 de esta Ley.

Sección 2.ª Director del Servicio Canario de Salud

Artículo 59. *Definición.*

El Director, con rango de Viceconsejero, ejerce la dirección y gestión ordinaria del Servicio Canario de Salud. Su nombramiento y cese corresponde al Gobierno de Canarias, a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad.

Artículo 60. *Atribuciones.*

1. El Director ejerce las siguientes atribuciones:

a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones que regulan la actuación del Servicio Canario de la Salud y los acuerdos adoptados por el Gobierno, Consejero competente en materia de sanidad y Consejo de Dirección en las materias que son de su respectiva competencia.

b) Supervisar y, en su caso, exigir el cumplimiento de las limitaciones preventivas de carácter administrativo establecidas reglamentariamente, de acuerdo con la normativa básica del Estado, para el desarrollo de las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud.

c) Registrar y, en su caso, autorizar, de acuerdo con la normativa aplicable, cualquier tipo de productos, actividades, servicios, locales, edificios, viviendas, empresas, instalaciones, establecimientos o bienes directa o indirectamente relacionados con el uso o el consumo humano.

d) Controlar e inspeccionar, de acuerdo con la normativa aplicable, cualquier tipo de productos, activida des, servicios, locales, edificios, viviendas, empresas, instalaciones, establecimientos o bienes directa o indirectamente relacionados con el uso o el consumo humano.

e) Adoptar medidas preventivas de protección de la salud cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, tales como órdenes generales y particulares, de hacer, no hacer o tolerar, incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas, centros o establecimientos o de parte de sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.

f) Autorizar la creación, modificación, traslado y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, si procede, y el cuidado de su registro, catalogación y acreditación, así como su supervisión, control, inspección y evaluación.

g) Controlar desde el punto de vista de su posible incidencia o repercusión sobre la salud individual o colectiva, la publicidad y propaganda comerciales.

h) Ejecutar la policía sanitaria mortuoria.

i) Impulsar, coordinar, inspeccionar y evaluar los órganos y actividades del Servicio Canario de Salud.

j) Dictar las instrucciones y circulares relativas al funcionamiento y organización internos del Servicio Canario de Salud, sin perjuicio de las facultades del Consejo de Dirección.

k) Ejercer la jefatura del personal del Servicio, sin perjuicio de la atribución del Consejero competente en materia de sanidad.

l) La ejecución del Presupuesto del Servicio conforme a la Ley 7/1984, de 11 de diciembre, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, y las facultades de órgano de contratación.

m) Autorizar gastos según los presupuestos del Servicio.

n) Incoar y resolver los expedientes de responsabilidad patrimonial que deriven de la actuación del Servicio Canario de la Salud.

2. El Director podrá delegar en los Directores generales y en los de las Áreas de Salud, así como en los Directores de los órganos de prestación de servicios sanitarios, funciones específicas en lo relativo a su respectivo ámbito de actuación.

Sección 3.ª Otros órganos centrales

Artículo 61. *Direcciones Generales del Servicio.*

El Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud podrá prever la existencia de Direcciones Generales, como órganos que, bajo la dependencia jerárquica del Director del Servicio, ejerzan atribuciones respecto de un sector material de la competencia del Servicio, así como el auxilio al Director del Servicio en la gestión ordinaria del Servicio, en particular, en lo relativo a los asuntos de personal, régimen financiero, presupuestario y contable.

CAPÍTULO IV

Áreas de Salud

Sección 1.ª Disposiciones generales

Artículo 62. *Naturaleza.*

1. El Servicio Canario de la Salud se organiza territorialmente en demarcaciones denominadas Áreas de Salud.

2. Las Áreas de Salud son órganos desconcentrados del Servicio Canario de la Salud encargados a través de sus órganos de gobierno, de asumir la responsabilidad de la financiación de las actuaciones sanitarias en su ámbito territorial.

Artículo 63. *Principios generales.*

La organización y funcionamiento de las Áreas de Salud se ajusta a los siguientes principios:

a) Suficiencia y coordinación de los recursos de atención primaria y de atención especializada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su territorio, sin perjuicio de que las necesidades asistenciales de la población puedan ser cubiertas una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento del centro o centros más inmediatos por centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o de cobertura pública que, debido a su alto nivel de especialización, tienen asignado un ámbito de influencia territorial superior.

b) Eficiencia y eficacia de su organización.

c) Gestión orientada al servicio de los usuarios, próxima y participada por éstos.

d) Coordinación de los servicios encargados de la promoción, prevención y protección de la salud y los de atención primaria y especializada.

e) Continuidad entre la atención primaria y la atención especializada.

f) Preferencia de las actividades de promoción, prevención y protección de la salud.

g) Para alcanzar la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de atención primaria, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud.

Artículo 64. *Delimitación de las Áreas de Salud.*

El Gobierno de Canarias, a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad, podrá crear, modificar y suprimir las Áreas de Salud, respetando como mínimo una por isla.

Sección 2.ª Organización

Subsección 1.ª Órganos de dirección

Artículo 65. *Enumeración.*

Los órganos de gobierno de las Áreas de Salud son los siguientes:

a) Órgano colegiado:

El Consejo de Dirección del Área.

b) Órgano unipersonal:

El Director del Área.

Artículo 66. *Consejo de Dirección del Área.*

1. El Consejo de Dirección del Área es el órgano que bajo la presidencia del Director del Área ejerce las atribuciones de dirección y control de la gestión y ejecución de las prestaciones sanitarias y asistenciales del Servicio en el Área de Salud.

2. Forman parte del Consejo de Dirección los vocales que representan a las siguientes Administraciones públicas:

A la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias.
Al Cabildo incluido en el Área.
A los municipios de los incluidos en el Área.

3. Por Decreto del Gobierno de Canarias se determinará el número de los vocales, así como su distribución, en función de la población del Área, que, en todo caso, garantizará que el número de representantes de la Consejería competente en materia de sanidad será igual o superior a la mitad del número total de miembros del Consejo.

4. Los miembros del Consejo de Dirección son nombrados y cesados por el Consejero competente en materia de sanidad de acuerdo con las siguientes reglas:

a) Los vocales que representan a la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias lo son de manera libre.

b) Los vocales que representan a las entidades locales son nombrados y cesados a propuesta de cada una de las entidades locales representadas. En este último caso, el nombramiento será por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser revocados y reelegidos sucesivamente, siempre que gocen de la representación requerida.

Artículo 67. *Atribuciones.*

El Consejo de Dirección del Área ejerce las siguientes atribuciones:

a) Formular el anteproyecto del Plan de Salud del Área.

b) Aprobar el programa de actuación del Área de Salud, de acuerdo con el Plan de Salud de Canarias y las directrices, criterios y programas aprobados por el Gobierno de Canarias y los órganos centrales del Servicio.

c) Aprobar los criterios y directivas rectoras de la gestión de los servicios, en especial, los objetivos a alcanzar con los medios y recursos de los que pueden disponer para la consecución de aquellos objetivos.

d) Proponer al Consejo de Dirección del Servicio el establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para prestación de los servicios y el establecimiento de fórmulas de gestión integradas o compartidas con entidades públicas y privadas, así como la constitución de sociedades o su participación en las mismas y formación de consorcios.

e) Formular el proyecto de programa de inversiones del Área de Salud.

f) Proponer al Consejo de Dirección del Servicio la relación de puestos de trabajo para la administración del Área para su tramitación si procede.

g) Aprobar el anteproyecto de presupuestos de ingresos y gastos anuales del Área, para su elevación al Consejo de Dirección del Servicio y, en su caso, incorporación al anteproyecto de presupuestos del Servicio.

h) Aprobar el estado de las cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable del Área para su elevación al Consejo de Dirección del Servicio.

i) Aprobar, a iniciativa del Director del Área, la Memoria Anual del Área.

j) Evaluar de forma continuada la calidad de la asistencia prestada por los centros, servicios y establecimientos del Área y proponer y, en su caso, adoptar las medidas oportunas para mejorar su funcionamiento.

k) Estudiar, proponer y, en su caso, adoptar las medidas adecuadas para mejorar la organización y el funcionamiento interno de las diferentes unidades que conforman el Área de Salud.

l) Cualquier otra que le sea expresamente delegada por el Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud.

m) Formular propuestas de creación de unidades docentes y de investigación.

Artículo 68. *Director del Área.*

1. El Director del Área es el órgano unipersonal que bajo la dependencia de los órganos centrales del Servicio Canario de la Salud, ejerce la dirección y coordinación de los recursos del Área, encaminados a lograr que los ciudadanos puedan ejercer los derechos y en especial recibir asistencia integral del mismo y tiene la representación institucional del Servicio en el ámbito territorial del Área de Salud.

2. El Director del Área es nombrado por el Gobierno de Canarias, a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad.

Artículo 69. *Atribuciones.*

El Director ejerce las siguientes atribuciones:

a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones que regulen la actuación del Servicio Canario de la Salud en el marco del Área de Salud, y los acuerdos adoptados por los órganos centrales del Servicio, así como los del Consejo de Dirección del Área, en las materias que sean de su respectiva competencia.

b) Ejecutar los planes, programas y directivas adoptados por los órganos centrales del Servicio, así como por el Consejo de Dirección del Área, en las materias que sean de su respectiva competencia.

c) Gestionar los acuerdos, convenios y conciertos suscritos para la prestación de los servicios.

d) Controlar la aplicación de las directrices generales y criterios de actuación aprobados por el Gobierno, Consejero competente en materia de sanidad o por los órganos centrales del Servicio, y dar cuenta de su incumplimiento al Director del Servicio Canario de la Salud.

e) Someter a la aprobación del Consejo de Dirección del Área los proyectos relativos a los programas de actuación y de inversiones, la propuesta del anteproyecto de presupuesto, el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable, y la Memoria anual del Área, así como el Plan de Salud del Área.

f) Elevar propuestas al Consejo de Dirección del Área en relación al establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de servicios, el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas, la creación de sociedades o su participación en las mismas, y la formación de consorcios.

g) Impulsar, coordinar, inspeccionar y evaluar los servicios y unidades del Área de Salud, sin perjuicio de las facultades de los órganos centrales del Servicio Canario de la Salud y la autonomía de los órganos de prestación de los servicios sanitarios.

h) Dictar las instrucciones y circulares internas relativas al funcionamiento y organización del Área de Salud, sin perjuicio de las facultades de los órganos centrales del Servicio Canario de la Salud y del Consejo de Dirección del Área.

i) Coordinar los centros, servicios, establecimientos y recursos adscritos al Área.

j) Establecer programas de gestión convenida con los órganos de prestación de servicios sanitarios integrantes y adscritos al Servicio para la gestión de sus respectivos servicios.

k) Elaborar las propuestas relativas a la relación de puestos de trabajo y elevarlas al Consejo de Dirección para su ulterior tramitación.

l) Las que le sean delegadas expresamente por los órganos centrales del Servicio y cualquier otra que la legislación asigne al Área de Salud y no atribuya a otros órganos del Servicio Canario de la Salud.

m) La ejecución de los presupuestos del Área, así como la facultad de celebrar contratos, con los límites, en su caso, que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 70. *Programas de gestión convenida.*

1. El Director del Área de Salud convendrá con los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud radicados en el Área, el programa de gestión de los respectivos servicios, centros y establecimientos en el que se fijará:

a) Los objetivos sanitarios a alcanzar, de acuerdo con los criterios y directrices adoptados por el Consejo de Dirección del Área en ejecución de los Planes de Salud de Canarias y del Área, así como de los programas y directrices adoptados por los órganos centrales del Servicio. En todo caso, dichos objetivos deberán venir cuantificados, en la medida de lo posible, a los efectos de contribuir a la evaluación correspondiente.

b) La dotación de los recursos presupuestarios necesarios para alcanzar dichos objetivos, de acuerdo con lo previsto en los Presupuestos del Servicio.

c) El plazo o plazos en que los objetivos deberán ser alcanzados.

d) En su caso, los incentivos para el caso de plena consecución de los objetivos previstos.

2. Cualquier modificación de los términos del convenio que suponga la ampliación de las prestaciones deberá ir acompañada del correspondiente incremento de las dotaciones de recursos.

Artículo 71. *Desarrollo reglamentario.*

1. El Gobierno de Canarias regulará reglamentariamente:

a) La organización y funcionamiento de los órganos del Área de Salud.

b) Los programas de gestión convenida.

2. El Gobierno de Canarias adaptará la organización de las Áreas de Salud prevista en esta Ley para su acomodo a las características de la prestación sanitaria y asistencial en las islas no capitalinas para el mejor cumplimiento de los principios enumerados en el artículo 63.

Subsección 2.ª Órgano de participación

Artículo 72. *Consejo de Salud del Área.*

1. El Consejo de Salud de Área es el órgano colegiado de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión de la prestación sanitaria y de los servicios, centros y establecimientos del Servicio en el Área de Salud.

2. El Consejo de Salud de Área está constituido por los siguientes representantes:

a) De las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50 por 100 de sus miembros.

b) De las organizaciones sindicales más representativas, los colegios profesionales sanitarios y los usuarios, en una proporción no inferior al 25 por 100.

c) De la Administración pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

3. Los miembros del Consejo de Salud son nombrados y cesados por el Consejero competente en materia de sanidad de acuerdo con las siguientes reglas:

a) Los vocales que representan a la Administración pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, lo son de manera libre.

b) Los vocales que representan a las entidades locales son nombrados y cesados a propuesta de cada una de las entidades locales representadas. En este último caso, el nombramiento será por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser revocados y reelegidos sucesivamente, siempre que gocen de la representación requerida.

4. El Gobierno de Canarias regulará reglamentariamente la organización y funcionamiento del Consejo de Salud teniendo en cuenta las peculiaridades de la prestación sanitaria y asistencial en las islas no capitalinas.

Artículo 73. *Atribuciones.*

1. Corresponden al Consejo de Salud las siguientes atribuciones:

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

b) Orientar las directrices sanitarias del área, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección.

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

d) Promover la participación comunitaria en el seno del Área de Salud.

e) Conocer e informar el anteproyecto del Plan de Salud del Área y de sus adaptaciones anuales.

f) Conocer e informar la Memoria anual del Área de Salud.

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

Subsección 3.ª Órganos de prestación de servicios sanitarios

Artículo 74. *Zona Básica de Salud.*

La Zona Básica de Salud es el órgano del Servicio Canario de la Salud integrado por todos los profesionales del equipo de atención primaria que prestan la atención primaria de acceso directo de la población en una demarcación territorial y poblacional elemental del Área de Salud.

Artículo 75. *Equipo de atención primaria.*

1. El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Canario de la Salud que desarrolla en el ámbito de la Zona Básica de Salud de manera integrada, mediante el trabajo en equipo y bajo la dirección del Director de la Zona, actividades relativas a la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y a la curación y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población de la Zona.

2. El Centro de Atención Primaria es la estructura física y funcional que sirve de centro integral de las actividades de atención primaria del equipo de atención primaria, para lo que están dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función, en particular, la Consejería competente en materia de sanidad adecuará la distribución del personal sanitario a las necesidades asistenciales de cada zona.

3. Los consultorios locales es la estructura física y funcional que también sirve para el desarrollo por el equipo de atención primaria de sus actividades.

Artículo 76. *Delimitación.*

Las Zonas Básicas de Salud serán delimitadas por el Consejero competente en materia de sanidad, así como sus modificaciones, atendiendo a factores de carácter geográfico, demográfico, socioeconómicos y epidemiológicos, así como de facilidad del transporte y de las comunicaciones, disponiendo, como mínimo, de un Centro de Atención Primaria.

Artículo 77. *Organización.*

Los órganos de gobierno y participación de la Zona Básica de Salud son los siguientes:

a) Órgano de gobierno y administración:

El Director de la Zona Básica de Salud.

b) Órgano de participación:

El Consejo de la Salud.

Artículo 78. *Director de la Zona Básica de Salud.*

1. El Director de la Zona Básica de Salud es el órgano unipersonal de dirección del equipo de atención primaria, responsable de la prestación sanitaria de acuerdo con los planes, programas y directrices adoptados y, en su caso, los convenios celebrados, por los órganos competentes del Servicio, así como encargado de la gestión de los recursos humanos y materiales. En particular, es el responsable de la ejecución en la Zona Básica de Salud, en los términos establecidos en la presente Ley, de las funciones de inspección y control de salud pública de bienes, actividades y centros, por el personal sanitario del equipo de atención primaria encargado de la ejecución material de dichas funciones.

2. El Director es nombrado por el Consejero competente en materia de sanidad, a propuesta del Director del Servicio Canario de la Salud, mediante el procedimiento de libre designación, previa convocatoria que se publicará en el «Boletín Oficial de Canarias», y libremente removidos.

3. El Director de la Zona actúa auxiliado por un dispositivo mínimo de administración que sirve de soporte para el desarrollo de sus funciones y las del equipo de atención primaria.

Artículo 79. *Consejo de Salud.*

El Consejo de Salud es el órgano de asesoramiento, consulta y participación comunitaria en la gestión de la Zona Básica de Salud pudiendo informar, asesorar y formular propuestas al órgano de gestión de la zona y a los demás órganos de dirección del Servicio Canario de la Salud sobre cualesquiera cuestiones relativas a las actividades que se desarrollen en el ámbito de la Zona, su adecuación a la normativa sanitaria y a las necesidades sociales de la población.

Artículo 80. *Composición.*

1. El Consejo de la Salud tiene la siguiente composición:

a) El Director de la Zona Básica de Salud, que será su presidente.

b) Representantes:

Del Servicio Canario de la Salud.

Del municipio o municipios integrados en la Zona. De las organizaciones colegiales de las profesiones sanitarias, sindicales, vecinales y de consumidores y usuarios más representativas en el sector y en el ámbito territorial de la Zona.

2. Los miembros del Consejo de Salud son nombrados y cesados por el Consejero competente en materia de sanidad de acuerdo con las siguientes reglas:

a) Los vocales que representan al Servicio Canario de la Salud, lo son de manera libre.

b) Los vocales que representan a las entidades locales, profesionales y sociales son nombrados y cesados a propuesta de cada una de las entidades representadas. En este último caso, el nombramiento será por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser revocados y reelegidos sucesivamente, siempre que gocen de la representación requerida.

Artículo 81. *Desarrollo reglamentario.*

Reglamentariamente se regulará:

a) La composición, la organización y el régimen de funcionamiento del Consejo de Salud, así como el régimen de nombramiento y cese, y las atribuciones del Director de la Zona Básica de Salud.

b) La organización y funcionamiento del equipo de atención primaria, así como las atribuciones de sus integrantes.

c) Los criterios en virtud de los cuales se constituirá un único Consejo de Salud en el caso de que dos o más zonas abarcasen un mismo término municipal.

Artículo 82. *Hospitales del Servicio Canario de la Salud.*

Los establecimientos hospitalarios del Servicio Canario de la Salud son órganos del Servicio que prestan, al igual que los vinculados e incluidos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública, la atención sanitaria especializada requerida por los problemas de salud de mayor complejidad de la población de su ámbito territorial, en régimen de internamiento, ambulatorio o domiciliario. Desarrollan así mismo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación y de investigación y docencia, en coordinación con la Atención Primaria, de acuerdo con las directrices establecidas por el Plan de Salud de Canarias y en los respectivos Planes de Salud de las Áreas de Salud.

Artículo 83. *Servicios de referencia.*

1. Cada Área de Salud dispone de, al menos, un hospital al que pueden acceder los usuarios del Servicio para recibir la atención especializada.

2. No obstante, la Consejería competente en materia de sanidad fijará:

a) Los servicios y, en su caso, hospitales que por sus características deban prestar asistencia sanitaria a más de un Área de Salud.

b) Los términos en que los pacientes podrán acceder a otro servicio o, en su caso, hospital cuando su patología ha superado las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de su hospital inmediato.

Artículo 84. *Integración de especialidades.*

Para el mejor aprovechamiento de los recursos del sistema sanitario público, se establecerán reglamentariamente los mecanismos oportunos que permitan la adscripción de las especialidades médicas que se desarrollen a nivel extrahospitalario en los centros y establecimientos de la red, excepto aquellas que por su entidad y sus características sirvan de apoyo a la atención primaria de salud.

Artículo 85. *Organización.*

Los órganos de administración y participación de los hospitales integrados en el Servicio Canario de la Salud son los siguientes:

a) Órgano unipersonal de administración:

Director Gerente.

b) Órgano de participación:

Comisión de Participación Hospitalaria.

Artículo 86. *Director Gerente.*

El Director Gerente es el órgano de Gobierno y administración del hospital. En particular, le corresponden al Director Gerente las siguientes atribuciones:

a) Representar al hospital y ejercer la superior autoridad y responsabilidad dentro del mismo.

b) Ordenar los recursos humanos, físicos, financieros del hospital mediante la programación, dirección, control y evaluación de su funcionamiento en el conjunto de sus divisiones y con respecto a los servicios que presta.

c) Adoptar las medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancias similares.

d) Elaborar informes periódicos sobre la actividad del hospital y presentar anualmente la Memoria de gestión.

e) La ejecución de los presupuestos correspondientes, así como la facultad de celebrar contratos, con los límites que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 87. *Nombramiento.*

El Director Gerente es nombrado y cesado por el Consejero competente en materia de sanidad, a propuesta del Director del Servicio.

Artículo 88. *Comisión de Participación Hospitalaria.*

La Comisión de Participación Hospitalaria es el órgano colegiado de participación comunitaria en la planificación, control y evaluación de la asistencia que corresponde al hospital.

Artículo 89. *Composición.*

1. La Comisión de Participación tiene la siguiente composición:

a) El Director del Área de Salud, que será el Presidente.
b) El Director Gerente del hospital, que será su Vicepresidente.
c) Los representantes de las siguientes instituciones:

La Consejería competente en materia de sanidad que se fijará reglamentariamente.
El Cabildo.
Los Ayuntamientos más poblados.

d) Los representantes de los siguientes colectivos:

Colegios profesionales del personal sanitario.
Sindicatos.
Organizaciones empresariales.
Consumidores y usuarios.

2. Los miembros de la Comisión de Participación son nombrados y cesados por el Consejero competente en materia de sanidad de acuerdo con las siguientes reglas:

a) Los vocales que representan a la Consejería, lo son de manera libre.

b) Los vocales que representan a las entidades locales, profesionales y sociales son nombrados y cesados a propuesta de cada una de las entidades representadas. En este último caso, el nombramiento será por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser revocados y reelegidos sucesivamente, siempre que gocen de la representación requerida.

Artículo 90. *Atribuciones.*

Corresponde a la Comisión de Participación Hospitalaria las siguientes atribuciones:

a) Conocer y elaborar propuestas sobre los planes de actuación asistencial del hospital.

b) Conocer y elaborar propuestas sobre los programas económicos para cada ejercicio.

c) Conocer y elaborar propuestas sobre los programas de dirección por objetivos que se derivan de los anteriores programas.

d) Conocer e informar la memoria anual de gestión del hospital.

e) Recibir información y elevar propuestas sobre la política de personal, la política general de conciertos de servicios con otras entidades, públicas o privadas, así como la relativa a compras y suministros.

f) Proponer a los órganos de dirección del hospital la adopción de cuantas medidas considere oportunas para la adecuación de sus actividades a las necesidades sanitarias del Área de Salud y, en general, las relativas a la mejora de la calidad asistencial.

Artículo 91. *Desarrollo reglamentario.*

Reglamentariamente se regulará la composición, organización y funcionamiento de los órganos de los establecimientos hospitalarios. A tal fin, el órgano competente adecuará la estructura organizativa prevista en esta Ley a las necesidades organizativas de los hospitales del Servicio con el objetivo de conseguir optimizar los recursos públicos y la eficacia y eficiencia en su gestión.

Artículo 92. *Gestión de los centros, servicios y establecimientos.*

1. El Gobierno de Canarias regulará reglamentariamente las siguientes materias:

a) Los criterios para garantizar el nivel de calidad asistencial de los centros y la eficacia y eficiencia de la gestión económica de los mismos.
b) El sistema integral de gestión de los centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud que permita:

1.º Implantar una dirección por objetivos y un control por resultados.
2.º Delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión.
3.º Establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de modo preponderante, en los costes y la calidad de la asistencia.

c) La estructura orgánica de dirección, gestión y administración de los centros y establecimientos que permita la implantación de una dirección participativa por objetivos y un control por resultados.
d) Los sistemas para formar personal especialista en dirección, gestión y administración sanitarias.

2. De acuerdo con lo que se establezca reglamentariamente, los precitados centros y establecimientos deberán confeccionar y remitir periódicamente al Director del Servicio Canario de la Salud:

a) Los indicadores sanitarios, de gestión, de personal y económicos, que serán comunes para todos ellos.
b) La valoración económica de las actividades que desarrollen.

CAPÍTULO V

Red Hospitalaria de Utilización Pública

Artículo 93. *Naturaleza.*

1. La Red Hospitalaria de Utilización Pública es el instrumento funcional del Servicio Canario de la Salud creado para alcanzar una ordenación hospitalaria óptima, que permita la adecuada coordinación y complementariedad de los servicios, el acceso y disfrute por los ciudadanos de los servicios más adecuados para el diagnóstico y tratamiento de su proceso, la homogeneización de las prestaciones, así como la eficiente y eficaz distribución y utilización de los recursos económicos, humanos y materiales.
2. A tal fin, todos los hospitales que la integran están:

a) Clasificados en diferentes niveles atendiendo al grado de especialización de sus servicios, a los tipos de prestaciones sanitarias que pueden y deben desarrollar, así como a su ámbito territorial de influencia, fijado en función de la especialización y prestaciones.
b) Sujetos a los planes, programas, directrices y criterios de actuación y a la supervisión, inspección y control de los órganos del Servicio Canario de la Salud.

Artículo 94. *Delimitación.*

1. Los centros y establecimientos hospitalarios integrados y adscritos funcionalmente al Servicio Canario de la Salud constituyen la Red Hospitalaria de Utilización Pública.
2. En virtud de concierto podrán incluirse en la Red los centros y establecimientos hospitalarios de entidades privadas, según los términos establecidos en los artículos siguientes.

Artículo 95. *Clasificación y acreditación de los hospitales.*

El Consejero competente en materia de sanidad, en ejecución de los Reglamentos del Gobierno y de acuerdo con las previsiones del Plan de Salud de Canarias, deberá:

a) Asignar el nivel que corresponde a cada uno de los servicios, centros y establecimientos incluidos en la Red y, en función del mismo, determinar su ámbito de influencia específico, que deberá abarcar a una o más Áreas de Salud y, si procede, a todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

b) Resolver sobre la acreditación de los hospitales privados como paso previo para la celebración, en su caso, de los convenios singulares de inclusión en la Red Hospitalaria de Utilización Pública.

Artículo 96. *Hospitales concertados incluidos en la Red.*

1. Los centros y establecimientos hospitalarios de entidades privadas podrán incluirse en la Red siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten.

2. La inclusión en la Red se realizará mediante convenios singulares.

3. El Convenio establecerá los derechos y obligaciones recíprocas en cuanto a duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones de prestación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con las disposiciones que se dicten para el desarrollo de esta Ley.

4. En cada Convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del Sistema Sanitario, se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo. El cobro de cualquier cantidad a los enfermos en concepto de atenciones no sanitarias, cualquiera que sea la naturaleza de éstas, podrá ser establecido si previamente son autorizados por la Administración Sanitaria correspondiente, el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar.

5. Serán causas de denuncia del Convenio por parte del Servicio Canario de la Salud las siguientes:

a) Prestar atención sanitaria objeto de Convenio contraviniendo el principio de gratuidad.

b) Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas.

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

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

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

6. La inclusión en la Red Hospitalaria de Utilización Pública conlleva, sin perjuicio del mantenimiento de la titularidad y gestión por las entidades y organismos que la tienen, así como de la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios, el sometimiento a las normas de gestión, acreditación y clasificación de los centros y establecimientos hospitalarios, así como a los planes, programas, directrices y criterios de actuación y a la supervisión, inspección y control que proceda para verificar el cumplimiento de las normas que le sean aplicables y los planes, programas, directrices y criterios de actuación que le sean vinculantes.

Artículo 97. *Desarrollo reglamentario.*

El Gobierno de Canarias, a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad, fijará reglamentariamente los criterios de acreditación, los requisitos, condiciones y procedimiento para la inclusión y exclusión de los centros y establecimientos de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, así como los diferentes niveles en que los mismos se clasifican, atendiendo a su grado de especialización y al tipo de prestaciones sanitarias que deben cubrir.

Artículo 98. *Red de Hospitales para Crónicos.*

A fin de posibilitar una adecuada ordenación del dispositivo hospitalario público de atención al enfermo crónico, el Gobierno de Canarias podrá crear una Red de Hospitales para Crónicos, que deberá ajustarse a las previsiones contenidas en el presente capítulo.

Artículo 99. *Convenio con servicios y hospitales que no pertenecen a la Red Hospitalaria de Utilización Pública.*

El Servicio Canario de la Salud, sólo con carácter excepcional y por un tiempo limitado, podrá establecer convenios con los servicios y centros hospitalarios que no pertenezcan a la red para la atención de enfermos agudos de cobertura pública, en aquellos supuestos en que los hospitales de la Red no sean suficientes. En todo caso, los hospitales deberán estar previamente homologados de acuerdo con las bases aprobadas por el Gobierno de Canarias.

Artículo 100. *Incompatibilidades.*

No podrán ser ni adscritos al Servicio Canario de la Salud ni concertados los hospitales y establecimientos del sector privado cuando en algunos de sus propietarios o en alguno de sus trabajadores concurran las circunstancias que sobre incompatibilidad del sector público y el privado establece la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones públicas.

CAPÍTULO VI

Centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud

Artículo 101. *Centros integrantes y adscritos funcionalmente al Servicio.*

Configuran el Servicio Canario de la Salud los centros, servicios y establecimientos de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de atención sanitaria de las siguientes entidades públicas y privadas:

a) Los de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, entre los que se incluyen, una vez verificada la transferencia correspondiente, los centros, servicios y establecimientos de promoción y protección de la salud y de atención sanitaria de la Seguridad Social y de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional.

b) Los de los Cabildos insulares y los Ayuntamientos, que se integren o adscriban funcionalmente.

c) Los de las fundaciones benéfico-asistenciales vinculadas a las Administraciones públicas canarias y los de las entidades preferentemente sin ánimo de lucro, no incluidos en los epígrafes anteriores, adscritos funcionalmente al Servicio Canario de la Salud por virtud de un convenio, siempre que sea imprescindible para satisfacer las necesidades del Sistema Sanitario Público.

CAPÍTULO VII

Medios personales

Artículo 102. *Personal.*

1. El personal del Servicio Canario de la Salud está formado por:

a) Los funcionarios y demás personal de la Comunidad Autónoma que presten servicios en el Servicio Canario de la Salud, entre los que se incluirá el personal de los cuerpos técnicos del Estado al servicio de la sanidad local, el personal encargado de la gestión y ejecución de las funciones y servicios de la Seguridad Social en Canarias, una vez verificada la correspondiente transferencia.

b) El personal procedente de los Ayuntamientos y Cabildos y demás entidades que se integren en el mismo, en los términos y condiciones previstos, según corresponda, en la norma de transferencia o en los respectivos convenios de integración.

c) El personal que se incorpore al mismo de acuerdo con la normativa vigente.

2. La clasificación y régimen jurídico del personal del Servicio Canario de la Salud deberá regirse por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.

3. No obstante lo establecido en el apartado anterior, la creación, modificación y supresión de categorías de personal estatutario de los Servicios de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, se efectuará por Decreto del Gobierno.

CAPÍTULO VIII

Medios materiales y régimen patrimonial

Artículo 103. *Bienes y derechos.*

A los efectos del mejor desarrollo de sus funciones le corresponde al Servicio Canario de la Salud, sin perjuicio de las competencias de la Consejería competente en materia de Hacienda, la administración y gestión de los siguientes bienes y derechos de toda clase afectos a la prestación de los servicios de salud y asistencia sanitaria:

a) Los de titularidad de la Administración de la Comunidad Autónoma y los transferidos de la Seguridad Social.

b) Los de las entidades insulares y municipales integrados en el Servicio de acuerdo con lo establecido por la presente Ley, en la norma de transferencia o en los convenios de integración respectivos.

c) Todos los bienes y derechos de los consorcios, sociedades, incluidas las mercantiles de capital mayoritariamente público, y fundaciones públicas, que le sean adscritos de acuerdo con los términos establecidos en la Ley.

d) Los bienes y derechos que adquiera o reciba por cualquier título.

Artículo 104. *Régimen patrimonial.*

1. El régimen jurídico de los bienes y derechos del Servicio Canario de la Salud se regirá por lo dispuesto en las Leyes de la Hacienda Pública y del Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Canarias.

2. Los bienes pertenecientes o adscritos al Servicio Canario de la Salud afecto al desarrollo de sus funciones tienen la consideración de dominio público y como tal gozará de las exenciones en el orden tributario que les corresponden.

3. En las expropiaciones de inmuebles se entenderá declarada la causa de utilidad pública con la aprobación de los planes y programas de actividades del Servicio que prevean la ejecución de obras o la realización de algún servicio.

CAPÍTULO IX

Régimen económico-financiero

Artículo 105. *Régimen financiero.*

1. El régimen económico-financiero del Servicio Canario de Salud se regirá por lo dispuesto en la Ley reguladora de la Hacienda Pública Canaria.

2. En los estados de ingresos del Presupuesto de Servicio Canario de la Salud deberá reflejarse, separadamente de los restantes, los que afecten a la Seguridad Social.

3. Requerirán informe preceptivo de la dirección general competente en materia de presupuestos las normas, acuerdos y convenios que incidan en la financiación y gastos del Servicio Canario de la Salud, así como, particularmente, los programas de gestión convenida a que se refiere el artículo 70 de esta ley y los conciertos de asistencia sanitaria.

Artículo 106. *Financiación del Servicio Canario de la Salud.*

1. El Servicio Canario de la Salud se financiará con:

a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de Canarias en los Presupuestos Generales del Estado y en los de la Seguridad Social afectos a servicios y prestaciones sanitarios.

b) Los recursos ajenos a la Seguridad Social que le puedan ser asignados con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias.

c) Las aportaciones que deban realizar los Ayuntamientos y Cabildos con cargo a su presupuesto.

d) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos propios y adscritos.

e) Los ingresos ordinarios que esté autorizado a percibir, de acuerdo con la normativa vigente.

f) Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de entidades y particulares.

2. Los centros, servicios y establecimientos integrados o adscritos funcionalmente al Servicio Canario de la Salud no podrán percibir ingresos derivados de las prestaciones sanitarias gratuitas establecidas con carácter general en la legislación vigente.

CAPÍTULO X

Régimen de impugnación de los actos

Artículo 107. *Régimen de impugnación de los actos.*

1. Contra los actos administrativos del Servicio Canario de la Salud los interesados podrán interponer los recursos que correspondan en los mismos casos, plazos y formas previstos en la legislación sobre procedimiento administrativo.

2. Los actos dictados por los órganos centrales de dirección y gestión del Servicio Canario de la Salud podrán ser recurridos ante el consejero competente en materia de sanidad, y los de los órganos de dirección y gestión de las áreas de salud, ante el director del Servicio Canario de la Salud. Las resoluciones dictadas en estos casos agotan la vía administrativa.

3. En materia de personal estatutario, las resoluciones del director y de los órganos centrales del Servicio Canario de la Salud ponen fin a la vía administrativa.

4. Se entenderán desestimadas por silencio administrativo tras el vencimiento del plazo máximo para resolver y notificar la correspondiente resolución, las solicitudes que formule el personal estatutario del Servicio Canario de la Salud susceptibles de producir efectos económicos u organizativos presentes o futuros.

5. Las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional civil deberán dirigirse al consejero competente en materia de sanidad al que corresponderá su resolución.

6. Las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional laboral deberán dirigirse al consejero competente en materia de sanidad.

7. Los actos del Servicio Canario de la Salud relativos a los servicios y prestaciones sanitarias de la Seguridad Social serán impugnables en los mismos supuestos y con los mismos requisitos que la legislación general establece en relación a las entidades gestoras de la Seguridad Social.

TÍTULO IV

Docencia e investigación

CAPÍTULO I

Docencia

Artículo 108. *Principios generales.*

El Sistema Canario de la Salud colabora en el desarrollo de funciones docentes de acuerdo con los siguientes principios generales:

a) Toda estructura sanitario-asistencial del Sistema de Salud debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales.

b) El Gobierno de Canarias velará por la coordinación del Sistema de Salud con el servicio público de la educación, en particular, el de la educación superior.

c) El Servicio Canario de la Salud promoverá la formación continua de los profesionales del Sistema Sanitario, con el fin de lograr su mayor y mejor adecuación a las prioridades que se establezcan en función de las necesidades de la población atendiendo a la especial circunstancia de personal sanitario de las islas menores.

Artículo 109. *Coordinación de la educación con la sanidad.*

1. Se establecerá una colaboración permanente entre el Servicio Canario de la Salud y, en especial, la Consejería competente en materia de educación, con el fin de que la formación que reciban los profesionales de la salud esté integrada en la estructura del Sistema de Salud de Canarias y responda a las necesidades de éste.

2. El Gobierno de Canarias, a propuesta de las Consejerías competentes en educación y sanidad, establecerá el régimen de los conciertos entre las Universidades, escuelas de enfermería, centros de formación profesional sanitaria y las instituciones sanitarias en las que se debe impartir enseñanza sanitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la medicina, enfermería y las enseñanzas técnico-profesionales relacionadas con las ciencias de la salud.

3. Las Universidades deberán contar, al menos, con un hospital y tres centros de atención primaria universitarios o con función universitaria para el ejercicio de la docencia y la investigación, concertados según se establezca por desarrollo del apartado anterior.

4. Los centros y servicios sanitarios con funciones docentes serán programados, en lo que afecta a la docencia y la investigación, de manera coordinada entre las autoridades universitarias, de enfermería, de formación profesional y sanitarias, en el marco de sus competencias. A estos efectos, deberá preverse la participación de los docentes en sus órganos de gobierno.

5. Los centros de formación profesional de la rama sanitaria, contarán con los hospitales, centros de atención primaria y centros de atención psiquiátrica concertados, según las necesidades por las distintas especialidades.

6. Las Consejerías competentes en materia de educación y sanidad, promoverán la revisión permanente de los programas docentes de aquellas enseñanzas relacionadas con las ciencias de la salud, con el objeto de lograr una mejor adecuación de la formación de los profesionales a las necesidades de salud de la población.

CAPÍTULO II

Investigación

Artículo 110. *Principios generales.*

El Sistema Canario de Salud desarrollará funciones investigadoras de acuerdo con los siguientes principios generales:

a) El Servicio Canario de la Salud fomentará la investigación en los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud.

b) El Gobierno de Canarias velará por la adecuada coordinación de los programas de docencia e investigación así como los recursos públicos asignados a los mismos cualquiera que sea su procedencia, a efectos de conseguir la máxima productividad de las inversiones.

c) La investigación en las ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población para lo que deberá considerar especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y los mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

Artículo 111. *Coordinación entre educación superior e investigación sanitaria.*

El Servicio Canario de la Salud podrá establecer convenios con universidades, colegios y asociaciones profesionales y con otras instituciones públicas y privadas de carácter científico y cultural, con el fin de fomentar la investigación sanitaria y la optimización de la capacidad docente de todas las instituciones.

Artículo 112. *Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.*

1. La Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, creada por la Ley 1/1993, de 26 de marzo, de la comunidad autónoma, será el instrumento del Servicio Canario de la Salud para la formación del personal sanitario.
2. El Servicio Canario de la Salud podrá realizar aportaciones dinerarias a la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, para la financiación de actividades formativas concretas no incluidas en su programación ordinaria, a desarrollar en el marco de las funciones señaladas en el apartado anterior, cuyas actividades formativas no resulten de una convocatoria pública efectuada por aquel.

Disposición adicional primera.

Los funcionarios de la Escala de Titulados Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Canarias, del Cuerpo Superior Facultativo, así como los de la Escala de Titulados Sanitarios de Grado Medio, del Cuerpo Facultativo de Técnicos de Grado Medio, creados por la Ley 2/1987, de 30 de marzo, de la Función Pública Canaria, que presten sus servicios para el Servicio Canario de la Salud en las Zonas Básicas de Salud, se integrarán en el correspondiente equipo de atención primaria, de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Los que accedan a la condición de funcionario de dichas Escalas a partir de la entrada en vigor de esta Ley y pasen a prestar sus servicios en el ámbito de una Zona Básica de Salud, se integrarán a todos los efectos en los correspondientes equipos de atención primaria.
2. Los que a la entrada en vigor de esta Ley formaban parte de dichas Escalas, se integrarán funcionalmente en los equipos de atención primaria a los efectos de la prestación de sus servicios bajo la dirección del Director de Equipo.

Disposición adicional segunda.

1. De acuerdo con lo establecido en el artículo 50, número 1, de la Ley General de Sanidad, a la entrada en vigor de esta Ley, todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Cabildos, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones infracomunitarias quedarán integrados en el Servicio Canario de Salud.
2. No obstante el carácter integrado del Servicio y, al objeto de dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50, número 2 de la Ley General de Sanidad, las Administraciones Territoriales que quieran mantener la titularidad de los centros y establecimientos dependientes de las mismas, deberán comunicarlo al Gobierno de Canarias en un plazo de tres meses desde la entrada en vigor de esta Ley, para proceder a la adscripción funcional de los mismos al Servicio Canario de Salud.
3. En todo caso, se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 79.2 y la Disposición Transitoria Primera de la Ley General de Sanidad.

Disposición adicional tercera.

El personal médico que tenga la condición de empleado público tendrá acceso a los datos de las historias clínicas del Servicio Canario de la Salud, tanto de atención primaria como especializada, en las circunstancias y con los requisitos siguientes:

a) Que el acceso se realice en el ejercicio de sus funciones como médico para el órgano administrativo, organismo público o entidad de derecho público al que se encuentre adscrito, el cual que ha de tener la consideración de Administración pública en los términos contemplados en la legislación básica sobre régimen jurídico del sector público.

b) Que el acceso sea necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

c) Que los fines que justifican el acceso, de entre los señalados en el apartado anterior, se encuentren entre las competencias propias del órgano administrativo, organismo público o entidad de derecho público al que esté adscrito el médico.

d) Que el ejercicio profesional como médico para el órgano administrativo, organismo público o entidad de derecho público al que se encuentre adscrito, así como los fines que justifican el acceso, de entre los señalados en el apartado b) anterior, sean inherentes al puesto de trabajo, nombramiento o contrato que le vincule al mismo.

e) Este personal quedará sujeto a la obligación de secreto profesional respecto de la información de la que tenga conocimiento como consecuencia del acceso señalado.

f) El acceso se facilitará por la Dirección del Servicio Canario de la Salud, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos señalados y aplicando el principio de proporcionalidad.

Disposición adicional cuarta.

1. El personal que pase a desempeñar un puesto de gerente o de director gerente en el Servicio Canario de la Salud, cualquiera que sea la institución de procedencia en caso de tratarse de empleados públicos, así como quienes provengan del desempeño de una actividad privada, por cuenta propia o por cuenta ajena, no percibirá retribuciones inferiores a las que viniera percibiendo en el puesto que desempeñaba con anterioridad a su nombramiento. De concurrir esta circunstancia, tendrá derecho al devengo, con efectos desde la fecha de la toma de posesión, de un complemento personal obtenido por la diferencia retributiva, actualizable de acuerdo con lo que prevea la Ley de Presupuestos de cada año para las retribuciones de los empleados públicos.

2. A efectos del cálculo de dicho complemento personal, se tendrá en cuenta la diferencia, en cómputo anual y por todos los conceptos, entre la suma de la cantidad que figuren en las casillas de retribuciones dinerarias (0003) de rendimientos del trabajo y la de ingresos de explotación (0171) de la última declaración de la renta y la que les corresponda percibir en el puesto de gerente o director gerente. En cuanto a la productividad variable asociada a la consecución de objetivos del puesto de gerente o director gerente, se considerará el importe máximo alcanzable.

3. El personal que perciba el complemento objeto de esta disposición adicional no podrá percibir cantidad alguna en concepto de atención continuada por realización de guardias médicas o en concepto de productividad variable por participación en programas especiales de reducción de listas de espera, durante el tiempo que desempeñe el puesto de gerente o director gerente.

4. El derecho al devengo del citado complemento personal será renunciable por el interesado, en cuyo caso dejará de operar la restricción del apartado 3.

Disposición adicional quinta.

Con carácter voluntario y por necesidades del servicio, es de aplicación al profesorado con plaza vinculada la realización de una jornada complementaria para la atención sanitaria hasta completar el tiempo de actividad asistencial correspondiente a la jornada ordinaria del personal estatutario de la misma categoría/especialidad con plaza exclusivamente asistencial. La indicada jornada complementaria es retribuible mediante el complemento de atención continuada, en el valor/hora vigente en cada momento para las tres primeras guardias mensuales de presencia física, sin perjuicio del respeto con carácter «ad personam» del valor/hora que, desde el momento de su integración en el Servicio Canario de la Salud, pueda venir percibiendo por este mismo concepto y actividad el personal perteneciente a dicho colectivo procedente de los cabildos insulares.

Esta jornada complementaria no mermará ni se superpondrá, en ningún caso, al tiempo que, con la distribución horaria semanal prevista en la normativa correspondiente, debe dicho personal dedicar durante su jornada ordinaria de trabajo al ejercicio del conjunto de sus funciones docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión y administración; así

como tampoco, en su caso, a la jornada complementaria para la prestación de servicios correspondientes a atención continuada, o a la voluntaria participación en programas específicos de prolongación de jornada y rendimiento vigentes, en cada momento, en el Servicio Canario de la Salud.

Disposición adicional sexta.

Con efectos desde la entrada en vigor de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, el personal estatutario fijo que haya desempeñado o desempeñe, con carácter temporal, funciones correspondientes a nombramientos de una categoría del mismo o superior nivel de titulación, tiene derecho a la percepción de los trienios que haya podido perfeccionar durante la vigencia de dicho nombramiento, en términos de igualdad con el personal estatutario que desempeña con carácter temporal las mismas funciones sin ostentar previamente vínculo estatutario fijo alguno con el Servicio Canario de la Salud.

Disposición adicional séptima.

El personal fijo incluido en el ámbito de aplicación del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud que haya accedido o acceda a un nombramiento temporal en una categoría del mismo nivel de titulación o de nivel superior, procede ser declarado en promoción interna temporal. Durante el tiempo que permanezca en vigor dicho nombramiento tiene derecho dicho personal a la percepción del importe correspondiente al nivel/grado consolidado en el sistema de carrera profesional en la profesión correspondiente a la categoría/especialidad de origen en que ostenta vínculo fijo, así como a la reserva de la plaza de origen en la que ostenta nombramiento como personal estatutario fijo del Servicio Canario de la Salud.

El tiempo de trabajo efectivo durante dicho nombramiento no supondrá la consolidación de derecho alguno de carácter retributivo, siendo computable a efectos de acceso o promoción de nivel/grado en el sistema de carrera de la profesión correspondiente a la categoría/especialidad desempeñada con carácter temporal, una vez se adquiera fijeza en la misma, sin perjuicio del respeto a las resoluciones judiciales firmes.

Un mismo periodo de tiempo no puede en ningún caso ser computado para el acceso o promoción de nivel/grado en el sistema de carrera profesional de dos profesiones, salvo que tengan la consideración de asimiladas de conformidad con las disposiciones del Servicio Canario de la Salud.

Lo dispuesto en la presente disposición produce efectos desde la entrada en vigor del decreto regulador de la carrera profesional del colectivo correspondiente.

Disposición adicional octava.

Cuando las necesidades asistenciales así lo requieran, tanto en el nivel de la atención primaria como en el de especializada podrán crearse unidades asistenciales interdisciplinarias donde el personal licenciado y/o diplomado sanitario, con o sin título de especialista en ciencias de la salud, desarrollará a tiempo parcial o completo las funciones a que le habilita su correspondiente titulación. La creación y supresión de estas unidades habrá de ser necesariamente autorizada por la persona titular de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, a propuesta de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Disposición transitoria primera.

El primer Plan de Salud de Canarias deberá elaborarse y aprobarse en el plazo de dos años a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición transitoria segunda.

En el plazo de seis meses desde la aprobación de la presente Ley, se constituirá el Consejo Canario de la Salud. A tal fin el Consejero competente en materia de Sanidad nombrará los vocales de acuerdo con la distribución establecida en la presente Ley. Hasta

tanto se produce la definitiva constitución del Consejo, sus atribuciones serán ejercidas por el Consejo Regional de la Salud.

Disposición transitoria tercera.

El Gobierno de Canarias deberá organizar y poner en funcionamiento el Servicio Canario de la Salud antes del 1 de enero de 1995. Mientras tanto, la organización territorial del INSALUD en Canarias se mantendrá bajo la dependencia inmediata de los Directores Territoriales de Asistencia Sanitaria y, en última instancia, del Director general de Asistencia Sanitaria.

Disposición transitoria cuarta.

1. El Gobierno de Canarias y las Corporaciones Locales que actualmente disponen de servicios y establecimientos de protección de la Salud y de atención sanitaria deberán suscribir los pertinentes convenios para la integración o adscripción de dichos servicios y establecimientos en el Servicio Canario de la Salud.

2. En todo caso, hasta tanto entre en vigor el régimen definitivo de financiación de las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales a que se refiere el apartado anterior, deberán contribuir a la financiación del Servicio Canario de Salud en una cantidad igual a la asignada en sus presupuestos vigentes a la entrada en vigor de esta Ley, que se actualizará anualmente para la financiación de los establecimientos adscritos funcionalmente a dicho Servicio. No se considerará a estos efectos las cantidades que puedan proceder de conciertos con la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias.

3. No obstante, hasta tanto se celebre el nuevo convenio, el Servicio Canario de la Salud se subrogará en los contratos, conciertos y convenios de asistencia sanitaria que tuviere establecidos el INSALUD con las Corporaciones Locales.

Disposición transitoria quinta.

Mientras no se promulgue la legislación específica a que se refiere la Disposición Transitoria Segunda de la Ley 2/1987, de 30 de marzo, de la Función Pública Canaria, el personal regulado en el estatuto jurídico de personal médico de la Seguridad Social, el estatuto de personal no sanitario al servicio de los hospitales de los Cabildos Insulares y Ayuntamientos que se integren en el Servicio Canario de la Salud, así como el personal de los cuerpos y escalas sanitarios y los asesores médicos que sean transferidos a la Comunidad Autónoma Canaria junto con los servicios y funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, seguirá rigiéndose por la legislación que le sea aplicable en cada momento.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan lo establecido en la presente Ley.

Disposición final.

Se autoriza al Gobierno de Canarias a dictar las normas de carácter reglamentario necesarias para desarrollar y aplicar la presente Ley.

§ 30

Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria

Comunidad Autónoma de Cantabria
«BOCT» núm. 242, de 18 de diciembre de 2002
«BOE» núm. 6, de 7 de enero de 2003
Última modificación: 4 de abril de 2025
Referencia: BOE-A-2003-323

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Conózcase que el Parlamento de Cantabria ha aprobado y yo, en nombre de Su Majestad el Rey, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 15.2.o del Estatuto de Autonomía para Cantabria, promulgo la siguiente Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.

PREÁMBULO

I

El artículo 43 de la Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud a los ciudadanos españoles, siendo atribución de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Al mismo tiempo, determina que los derechos y deberes relativos a la protección de la salud se erigen en materia objeto de reserva legal, lo que implica que su contenido y alcance han de ser fijados por el legislador ordinario, siempre en el marco de la distribución competencial establecida en los artículos 148.1.21.a y 149.1.16.a y 17.a de nuestra Norma Fundamental.

Por su parte, los apartados 4 y 5 del artículo 25 del Estatuto de Autonomía para Cantabria establecen que corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria, dentro del marco de la legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social, así como la ordenación farmacéutica. Más adelante, el apartado 1 del artículo 26 expresa que corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria, en los términos que establezcan las Leyes y las normas reglamentarias que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

El primer gran traspaso de competencias desde la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Cantabria se materializa a través del Real Decreto 2030/1982, de 24 de julio, de traspaso de competencias, funciones y servicios del Estado en materia de sanidad a Cantabria. Posteriormente se aprobará el Real Decreto 2760/1986, de 24 de

diciembre, que supuso el traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria de las funciones que venía realizando la Administración del Estado a través del organismo autónomo «Administración Institucional de la Sanidad Nacional» (AISNA).

De otra parte, en el ámbito estatal se promulga la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, norma de carácter básico, que constituye la bóveda del sistema sanitario español. En efecto, la Ley define el marco sanitario en el que, actualmente, se desarrolla la atención a la salud en España. Así, se definen los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la Administración sanitaria, la estructura del Sistema Sanitario Público y las competencias del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las entidades locales. Se diseña, pues, un modelo de ordenación sanitaria cuyo objetivo es la creación paulatina y progresiva de un sistema nacional de salud, configurado por el conjunto de los Servicios de salud de las Comunidades Autónomas, debidamente coordinados e integrados, en cada caso, por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad Autónoma, municipios o cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

El marco legal creado por la Ley General de Sanidad se completa con la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de Salud Pública, que faculta a las distintas Administraciones públicas, dentro del ámbito de sus competencias, a adoptar medidas de intervención sanitaria excepcionales cuando así lo exijan razones de urgencia o necesidad, y con la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, que tiene por objeto delimitar las competencias de las Comunidades Autónomas en esta materia y garantizar la existencia y disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad, la adecuada información sobre los mismos y las condiciones básicas de la prestación farmacéutica en el conjunto del sistema nacional de salud. Más recientemente, cabe citar la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud, y la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de los servicios de las oficinas de farmacia, que persigue la mejora en la atención farmacéutica a la población, fijando los procedimientos y criterios que deben adoptar las Comunidades Autónomas en la gestión de las oficinas de farmacia.

Particularmente, resulta imprescindible citar, dentro de la legislación estatal que se debe tener en cuenta para una correcta definición y ordenación de la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria, el marco legal que ampara la habilitación de nuevas formas de gestión aplicables al entorno sanitario. Así, la Ley 15/1997, de 25 de abril, de habilitación de nuevas formas de gestión en el sistema nacional de salud amplía las formas organizativas para la gestión de los centros sanitarios, modificando el anterior Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio. La nueva redacción establece que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevarse a cabo directa o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. Esta normativa se completa con la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, y el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud.

II

Desde el punto de vista de la Comunidad Autónoma de Cantabria, y tras la reforma estatutaria operada por la Ley Orgánica 11/1998, de 30 de diciembre, se culmina el traspaso competencial que, en materia de asistencia sanitaria, ha sido efectuado a favor de las Comunidades Autónomas. De esta forma se ha podido avanzar de manera decisiva en el grado de autogobierno de Cantabria y en el desarrollo del Estado de las Autonomías previsto en el Título VIII de nuestra norma fundamental. Así, el Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre, traspasa a la Comunidad Autónoma de Cantabria las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, atribuyéndose las mismas al Servicio Cántabro de Salud, en los términos de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, según dispone el Decreto 3/2002, de 23 de enero.

En este sentido, la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud, instituye un organismo público que representa un elemento básico en la ordenación sanitaria de Cantabria, articulándose como un organismo autónomo, adscrito a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. El Servicio Cántabro de Salud se constituye, pues, como un organismo dotado de personalidad jurídica y plena

capacidad de obrar, con patrimonio propio y gestión autónoma de sus medios materiales y personales, aunque sometido en sus directrices al impulso político emanado del Gobierno de Cantabria, a través de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales y, en última instancia, de los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma.

Deben destacarse, finalmente, otras normas con rango de Ley en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria que completan el entorno normativo en el que actualmente se despliegan las actuaciones sanitarias en Cantabria. En primer lugar, cabe señalar la Ley de Cantabria 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria, pionera en la regulación de la salud mental y de los trastornos adictivos. Posteriormente, la Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias, permitió abordar desde una perspectiva sanitaria, social y preventiva el fenómeno del consumo de drogas como cuestión decisiva en materia de salud pública. La Ley de Cantabria 6/1998, de 15 de mayo, de Estatuto del Consumidor y Usuario en Cantabria, constituye otro importante hito en la legislación sanitaria cántabra en cuanto que atribuye a los usuarios de servicios sanitarios la condición legal de consumidores, reconociendo el derecho a la salud y la seguridad de los mismos y abordando determinadas cuestiones en materia de salud pública. Por su parte, la Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia supone la implantación de un modelo de atención sociosanitaria en nuestra región. Asimismo, la Ley de Cantabria 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria, procede a la ordenación jurídica y la planificación en materia de farmacia. Finalmente, desde el punto de vista de la organización administrativa, debe citarse la Ley 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud.

Se han promulgado, pues, en el período comprendido entre 1996 y 2001, seis Leyes que constituyen el precedente sanitario inmediato de la Ley de Ordenación Sanitaria, que representa la culminación de un sistema autonómico en materia de sanidad, orientado hacia la calidad de las prestaciones públicas y el bienestar de los ciudadanos.

En este momento histórico para el desarrollo y definición del sistema nacional de salud dentro del modelo de descentralización de la asistencia sanitaria previsto en nuestra Constitución, resulta necesario, en aras de impulsar el modelo autonómico, ejercer por parte de la Comunidad Autónoma de Cantabria la capacidad de legislar en el ámbito de sus competencias, dictando normas con rango de Ley que ordenen y desarrollen la competencia sanitaria asumida. Se legitima así el proceso emprendido, al aprobarse en el seno del Parlamento autonómico, entendiéndose que la vertebración de las competencias en materia de asistencia sanitaria queda finalizada, con carácter general, mediante la aprobación de una Ley autonómica de ordenación sanitaria.

III

Los principios básicos del modelo sanitario de Cantabria, contenidos en la presente Ley, emanan de la propia Ley General de Sanidad, consagrando de manera explícita el aseguramiento público, la universalización de las prestaciones, la financiación pública, la equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales, la búsqueda de la eficacia y la eficiencia de la organización sanitaria, con un énfasis especial en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, la mejora continua de la calidad de los servicios, la descentralización, la autonomía y la responsabilidad en la gestión, así como la participación de los ciudadanos y de los profesionales.

Pero, junto con los principios básicos del modelo previstos en la Ley Básica, la presente Ley aborda de manera decidida algunas de las carencias observadas en el modelo sanitario español que la Ley General de Sanidad instauró hace ya más de quince años.

El aspecto, sin duda fundamental, en torno al cual gira la presente Ley es la consideración del ciudadano como eje del sistema sanitario, principio y fin de todas las actuaciones públicas en materia de salud, tanto de manera individual como colectiva. Así, el desarrollo exhaustivo de sus derechos y deberes constituye una de las partes esenciales de la presente Ley. Entre aquéllos, hay que destacar el avance decisivo en el derecho a la libre elección de médico, especialista y centro, sin otras limitaciones que las derivadas de la necesidad de organizar los servicios en torno a este derecho.

También se avanza de manera decisiva en la protección de los derechos que emanan de los principios básicos de respeto a la autonomía y voluntad del paciente en relación con los tratamientos recibidos en el sistema sanitario. El desarrollo de estos derechos, contemplados en la presente Ley, se inspira tanto en los compromisos adoptados por el Estado español en esta materia, como en el Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, así como en las normas elaboradas y promulgadas a nivel central y en algunas Comunidades Autónomas.

Otras claves orientadas a la consideración del ciudadano como centro del sistema son la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada y la continuidad de cuidados del paciente crónico, así como la regulación de la historia clínica.

Pero nuestro modelo sanitario no debe olvidar el papel decisivo de los profesionales de la salud en el modelo sanitario de Cantabria, como única vía para garantizar que el ciudadano disfrute plenamente de la protección de su salud y los derechos contenidos en la presente Ley. Así, en su articulado se sientan las bases para el desarrollo de una carrera profesional y un nuevo marco de relación laboral con el Sistema Sanitario Público de Cantabria, que permitirá potenciar su dedicación y responsabilidad hacia el sistema, para lo cual se deben establecer los mecanismos necesarios que definan claramente el desarrollo de su ejercicio y competencia profesional.

Constituye otro de los ejes de la Ley el concepto de Sistema Autonómico de Salud, definido como el conjunto de los establecimientos, centros y servicios sanitarios existentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria, cualesquiera que sean su titularidad y dependencia. Esta amplia concepción del Sistema supone que existe un núcleo irreductible de principios y obligaciones de la Ley que son aplicables a todos los recursos sanitarios, ya sean públicos o privados, pues todos ellos se encuentran subordinados a la satisfacción del interés general y a la protección de la salud de los ciudadanos como bien jurídico de primera necesidad. Por ello, la intervención administrativa es universal en aspectos fundamentales como los derechos y deberes de los usuarios, los aspectos éticos derivados de la relación entre el profesional y el paciente o los requisitos mínimos en materia de autorizaciones sanitarias.

Dentro de este marco de mínimos aplicable al conjunto de recursos sanitarios, públicos y privados, constituye una parte esencial del Sistema Autonómico de Salud el denominado Sistema Sanitario Público de Cantabria y, dentro de él, el Servicio Cántabro de Salud como fundamental proveedor de servicios sanitarios en el contexto de un aseguramiento y financiación públicos.

En este marco organizativo quedan perfectamente delimitadas las competencias entre el Gobierno de Cantabria y el Servicio Cántabro de Salud, reservándose aquél, entre otras, a través de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, el ejercicio de la autoridad sanitaria, la determinación de los criterios, directrices y prioridades de la política de salud en la Comunidad Autónoma de Cantabria, la fijación de necesidades y el establecimiento de los criterios generales de planificación.

Otro elemento fundamental que pretende ser una de las señas de identidad del modelo sanitario de Cantabria es la potenciación real y decisiva de la docencia y la investigación sanitarias como motor de un Sistema Autonómico de Salud de alta calidad, que asegure la vinculación real entre las actividades asistenciales, docentes e investigadoras en todo el sistema y, de manera especial, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, creando para ello las herramientas necesarias.

IV

En cuanto al contenido de la Ley, en el Título I se definen el objeto, los titulares de derechos y deberes en materia de salud, y los principios rectores que deben impregnar todas las actuaciones que en materia de salud se desarrollen en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

El Título II aborda la definición y desarrollo del Sistema Sanitario Público de Cantabria, como garante del aseguramiento y financiación pública de las prestaciones sanitarias, a través del Servicio Cántabro de Salud fundamentalmente, estableciendo la organización funcional del sistema, así como las materias relacionadas con el personal al servicio del Sistema Sanitario Público y la financiación.

Para la mejor prestación de la asistencia sanitaria se regulan las Zonas Básicas de Salud y las Áreas de Salud, si bien, dadas las características geográficas de nuestra Comunidad Autónoma, se prevé el establecimiento de programas asistenciales que eliminen el carácter limitativo de las Áreas de Salud para la prestación de servicios y para la movilidad de los pacientes, en un contexto en el que irá predominando de manera creciente la libertad de elección de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

Hay que destacar también la importancia que se otorga al desarrollo de un plan autonómico de urgencias y emergencias sanitarias y la inclusión definitiva de la atención a la salud mental dentro del sistema sanitario, así como los centros asistenciales dedicados al tratamiento de personas con trastornos adictivos. De esta manera, se alcanza uno de los objetivos previstos en el Capítulo III de la Ley General de Sanidad respecto a la total equiparación de la persona que sufre enfermedades mentales con el resto de ciudadanos que padecen otro tipo de padecimientos.

Otro elemento fundamental de este Título II es el asentamiento de unas bases sobre las que elaborar un modelo de carrera profesional para todo el Sistema Sanitario Público de Cantabria que incluya la experiencia y capacitación profesional, así como la actividad docente, investigadora y de gestión sanitaria; todo ello con el propósito de propiciar la incentivación y competencia entre los profesionales y la mejora de la calidad asistencial.

Con respecto al personal, además de la consideración integral de los recursos humanos que forman parte del Sistema Sanitario Público de Cantabria, se introducen en el texto mecanismos que permitirán avanzar en la calidad de la prestación del servicio respetando los derechos de los profesionales. En este sentido, la Ley introduce, como ya se ha señalado, el derecho a la carrera profesional estableciendo como vértice de su articulación reglamentaria el principio de uniformidad. Igualmente, en las disposiciones adicionales se habilita al Gobierno de Cantabria para determinar las condiciones y el procedimiento de integración del personal funcionario y laboral que presta servicios asistenciales en la condición de personal estatutario. En todo caso, la regulación que del régimen jurídico del personal estatutario se realiza en la presente Ley se encuentra subordinada a la aprobación del Estatuto Marco previsto en el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la disposición final primera de la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y Provisión de Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

El Título III está dedicado a los ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud, positivando el catálogo de derechos y deberes de los mismos en relación con la salud y la atención sanitaria, garantizando así la plena efectividad del derecho a la protección de la salud. En el mismo Título se regula la participación de aquéllos en el Sistema Sanitario Público, haciendo eco del mandato constitucional de la participación del ciudadano tanto en la formulación de la política sanitaria como en su control. Esta participación se materializa a través de dos órganos de carácter consultivo y de asesoramiento: el Consejo Asesor de Salud de Cantabria, como órgano superior, y los Consejos de Salud de Área, como órganos colegiados que existirán en cada Área de Salud y que estarán coordinados con aquél. Por último, también regula las garantías que otorgan efectividad real a los derechos y obligaciones reconocidos en esta Ley.

Por su parte, el Título IV regula la distribución de competencias que, en materia de sanidad, asumen las Administraciones públicas de Cantabria en el Sistema Sanitario Público que diseña esta Ley.

El Título V traza las líneas generales de elaboración, contenido y aprobación del Plan de Salud de Cantabria, instrumento que permitirá llevar a cabo de forma integral los fines de planificación estratégica y ordenación del Sistema Autonómico de Salud por parte de los poderes públicos.

Por lo que respecta al Título VI, se pormenoriza sobre la diversidad de actuaciones en materia de salud que habrá de atender la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria, incidiendo de forma específica en la salud pública, en la salud laboral y en los diversos ámbitos que afectan a la atención integral de la salud, asegurando la continuidad de la asistencia tanto en actividades de promoción de la salud como de curación y de rehabilitación, promoviendo la mejora de la calidad a todos los niveles. En el marco de estas actuaciones se otorga especial relevancia a la regulación de la historia

clínica. Se regula a continuación en este Título la intervención pública, así como el régimen sancionador en materia de salud.

En el Título VII, y en función de la consideración del Sistema Autonómico de Salud como instrumento que combina las actuaciones de todos los ámbitos dedicados a la salud en Cantabria, se regulan diversas fórmulas de colaboración con el sector sanitario privado.

En aras a la optimización de los recursos humanos, materiales y científicos que desarrollen todas las actividades que contempla la Ley se fomentan, en el Título VIII, actuaciones de docencia e investigación sanitarias, que constituyen así una decidida apuesta por la calidad y la excelencia del Sistema.

Por último, el Título IX moderniza aspectos organizativos puntuales de una histórica institución de la sanidad de Cantabria: la Fundación «Marqués de Valdecilla», cuya actual regulación se contiene en sus Estatutos, aprobados por Decreto 9/1998, de 9 de febrero. De la misma se hace depender el nuevo Instituto de Formación e Investigación «Marqués de Valdecilla», que se constituye como órgano de apoyo científico-técnico integrado en la Fundación, así como el Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria, pretendiéndose así la potenciación de la hemodonación.

En efecto, mediante el Decreto 68/1988, de 10 de noviembre, sucesivamente modificado por el Decreto 43/1990, de 11 de julio, y el Decreto 170/1991, de 23 de diciembre, se creó y reguló el funcionamiento y estructura de la Red Hemoterápica de Cantabria. De acuerdo con la mencionada normativa, la gestión hemoterápica en la Comunidad Autónoma de Cantabria se atribuía al Consejo Regional de Hemoterapia, órgano colegiado integrado por representantes del Gobierno de Cantabria, el Instituto Nacional de la Salud y la Hermandad de Donantes de Sangre. Asimismo, las disposiciones señaladas regulaban el Banco de Sangre de Cantabria, con el carácter de centro comunitario de transfusión, en el que se integraban funcionalmente personal del Servicio de Hematología-Hemoterapia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y de la antigua Dirección General de Sanidad y Consumo del Gobierno de Cantabria.

La configuración del Banco de Sangre de Cantabria, en los términos de los Decretos antecitados, no pasaba de ser un mero programa de actuación, circunstancia que exige el otorgamiento de específica carta de naturaleza jurídica en aras a la potenciación de su funcionamiento. En este sentido, es preciso recalcar la significativa importancia que tienen la adecuada planificación y gestión de las actividades hemoterápicas, así como la necesidad de un estricto control y supervisión de su adecuada realización. A este respecto, debe destacarse la necesidad de un funcionamiento ágil, eficaz y eficiente de la Administración autonómica en este sector de actuación, que permita dar un servicio efectivo al conjunto de los ciudadanos.

Las consideraciones expuestas aconsejan crear un órgano integrado en la Fundación «Marqués de Valdecilla», en el cual se incluyan, asimismo, las actividades propias de los bancos de tejidos, lo que redundará en una gestión integral más eficiente de los recursos y de las competencias asumidas en esta materia. Con ello, se permitirá dar pronta y adecuada respuesta por personal especializado al acto voluntario y altruista que supone la donación de sangre, mediante el establecimiento de una organización que se encargue de la preparación y conservación de los componentes sanguíneos y de los tejidos y que asegure su distribución a los centros asistenciales para su uso terapéutico.

Señalado lo anterior, cabe concluir que la presente Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria pretende ser, en suma, una Ley para el siglo XXI que defina un nuevo tipo de relación entre el ciudadano y el sistema sanitario, que supere algunas de las carencias observadas en el actual modelo sanitario español establecido por la Ley General de Sanidad y que gire de manera clara y decidida en torno al usuario desde una visión que va más allá de lo puramente asistencial. Para ello se garantizan derechos, unos ya previstos en la Ley General de Sanidad, y otros de más reciente desarrollo legal, doctrinal y jurisprudencial, todos ellos inspirados en el respeto más profundo de la dignidad de la persona y de la expresión de su voluntad. Es, precisamente, en las situaciones de pérdida de la salud, donde nuestro modelo sanitario garantizará la libertad de elección de médico y de centro, tanto en atención primaria como en atención especializada. Esta libertad de elección se basará en una completa información, donde el médico de atención primaria ejercerá su labor asesora. Por otra parte, la libre elección de médico será un factor incentivador del profesional, al estar

plenamente vinculada a su reconocimiento económico y profesional. Todo ello, junto a los demás instrumentos y herramientas recogidas en la presente Ley, persiguen como objetivo último preservar y proteger la salud de los ciudadanos de Cantabria.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

1. La presente Ley tiene por objeto la ordenación de las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 de la Constitución española, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Cantabria y en el marco de las competencias que le atribuye su Estatuto de Autonomía.

2. Para ello, la presente Ley regula el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria, estableciendo los derechos y deberes de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios, así como los instrumentos que garantizan su cumplimiento.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

Las disposiciones contenidas en la presente Ley serán de aplicación a las diferentes actividades y dispositivos sanitarios, tanto individuales como colectivos, ya sean de titularidad pública o privada, que se realicen en materia sanitaria en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en los términos y con el alcance que se disponga en la propia Ley.

Artículo 3. *Titulares.*

1. Son titulares de los derechos y deberes regulados en esta Ley todas las personas que residan en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

2. Las personas no residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria serán titulares de los mismos derechos y deberes en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.

3. Sin perjuicio de lo previsto en el apartado anterior, se garantizará a todas las personas la atención en situación de urgencia o emergencia.

Artículo 4. *Principios rectores.*

1. El ciudadano constituye el eje fundamental del Sistema Autonómico de Salud. A tal efecto se garantizará el respeto a su personalidad, intimidad y autonomía, propiciando su capacidad de elección y el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva.

2. Para el mejor cumplimiento de lo dispuesto en el apartado anterior la ordenación y las actuaciones del Sistema Autonómico de Salud estarán informadas por los siguientes principios rectores:

a) Concepción integral de la salud y de la atención sanitaria, mediante la creación e impulso de programas de coordinación con los ámbitos social y sociosanitario, y el desarrollo de actuaciones preventivas y de promoción de la salud.

b) Universalidad de la atención sanitaria prestada por el Sistema Sanitario Público, garantizando la equidad en el acceso a los servicios y a las actuaciones sanitarias, así como en la asignación de los recursos, superando las desigualdades territoriales o sociales en la prestación de los servicios sanitarios.

c) Garantía en el aseguramiento y financiación pública de las prestaciones sanitarias del Sistema Sanitario Público de Cantabria, así como en la realización de actuaciones diagnósticas y terapéuticas dentro de unos límites temporales, previamente establecidos y conocidos por los usuarios.

d) Continuidad en los cuidados, especialmente de las personas que padecen enfermedades crónicas.

e) Humanización de los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual.

f) Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos, garantizando la coordinación entre la atención primaria de salud y la atención especializada y potenciando las actuaciones sanitarias en torno a los procesos.

g) Descentralización y desconcentración del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

h) Coordinación de los recursos del conjunto del Sistema Autonómico de Salud.

i) Eficacia, efectividad, eficiencia y flexibilidad de la organización sanitaria.

j) Mejora continua en la calidad de los servicios, con un enfoque especial a la atención personal y a la confortabilidad del paciente y sus familiares.

k) Responsabilidad y participación de los profesionales sanitarios en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados.

l) Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.

m) Promoción de la docencia e investigación en ciencias de la salud como elementos fundamentales del progreso del Sistema Autonómico de Salud que incrementen el fundamento científico de las actuaciones sanitarias.

n) Promoción del interés individual, familiar y social por la salud, mediante una adecuada educación para la salud y hábitos de vida saludables, y una correcta información sobre los recursos y servicios sanitarios existentes.

ñ) Participación en la vertebración del Sistema Nacional de Salud, propiciando la adecuación de las actuaciones en materia de prestaciones sanitarias, sistemas de información, docencia e investigación en la Comunidad Autónoma de Cantabria a las establecidas en cada momento para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

o) Cooperación y coordinación entre el Sistema Sanitario Público de Cantabria y las Administraciones sanitarias del resto de las Comunidades Autónomas, con el objeto de preservar los derechos de los ciudadanos en materia de prestaciones asistenciales y de garantías en salud pública.

Artículo 5. *Sistema Autonómico de Salud.*

1. A los efectos de la presente Ley, el Sistema Autonómico de Salud está constituido por todos los establecimientos, centros y servicios sanitarios existentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria, cualesquiera que sean su titularidad y dependencia. El Sistema Autonómico de Salud está integrado por:

a) El Sistema Sanitario Público de Cantabria.

b) La red sanitaria de titularidad privada.

2. Las actuaciones sanitarias que se desarrollen en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria incluyen las asistenciales y restauradoras de la salud, las preventivas de promoción y educación para la salud, las de planificación y gestión sanitaria, así como las de evaluación, inspección y seguimiento de las actividades en materia de salud.

TÍTULO II

Del sistema sanitario público de Cantabria

CAPÍTULO I

Definición, características y estructura

Artículo 6. *Definición.*

1. A los efectos de la presente Ley, el Sistema Sanitario Público de Cantabria es el conjunto de recursos, medios personales, materiales y organizativos, funciones, prestaciones y actuaciones sanitarias del Sistema Autonómico de Salud, procedentes de las Administraciones públicas de la Comunidad Autónoma y de los organismos públicos y las

entidades, de naturaleza o titularidad pública, vinculadas o dependientes de aquéllas y orientadas a satisfacer el derecho a la protección de la salud.

2. Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Cantabria serán las establecidas en cada momento en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y las que se incluyan por acuerdo del Gobierno de Cantabria.

3. La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Cantabria requerirá la aprobación del Gobierno de Cantabria, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, previo informe de la Consejería de Economía y Hacienda.

Artículo 7. *Características.*

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria se ajustará en sus características a los principios recogidos en la presente Ley.

2. Para lograr la extensión de sus servicios a toda la población en los términos previstos en la presente Ley, el Sistema Sanitario Público de Cantabria podrá utilizar cualquier recurso sanitario acreditado tanto en la Comunidad Autónoma de Cantabria como fuera de ella, utilizando con carácter preferente en la provisión de servicios los recursos sanitarios de titularidad pública.

3. Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos los usuarios, independientemente de que tengan o no derecho a la asistencia en el Sistema Sanitario Público de Cantabria, sin perjuicio de que dichos servicios les sean facturados.

Artículo 8. *Estructura.*

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria está integrado por:

a) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Cantabria a través de la Consejería competente en materia de sanidad.

b) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Servicio Cántabro de Salud.

c) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos públicos o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho, vinculados o dependientes de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

d) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de los municipios de la Comunidad Autónoma de Cantabria y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

e) La red de oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios en lo relativo a la dispensación de medicamentos y productos sanitarios a los ciudadanos y la prestación del servicio de atención farmacéutica previstos en el catálogo de prestaciones sanitarias, en virtud de los conciertos que se establezcan entre la Administración y las corporaciones de derecho público competentes en materia farmacéutica.

2. Asimismo, el Sistema Sanitario Público de Cantabria podrá incluir entre los servicios sanitarios que presta a los destinatarios de la presente Ley, los desarrollados en los establecimientos sanitarios de otras Administraciones públicas o de ámbito privado, cuando sean financiados por el Gobierno de Cantabria, en los términos que prevean los respectivos acuerdos, convenios, conciertos, o cualquier otro instrumento admitido en Derecho.

3. El Servicio Cántabro de Salud es el organismo público cuyos fines generales son la provisión de servicios de asistencia sanitaria y la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, en la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud, y en las disposiciones reglamentarias que las desarrollan.

4. La dirección, control, inspección y evaluación de las actividades, servicios y recursos del Sistema Sanitario Público de Cantabria corresponden a la Consejería competente en materia de sanidad.

CAPÍTULO II

Organización territorial del sistema sanitario público de Cantabria

Artículo 9. *Áreas de Salud.*

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria se organiza en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, que constituyen el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, y tienen como misión fundamental asegurar la accesibilidad y la continuidad de la atención en los distintos niveles de atención sanitaria.

2. La delimitación territorial de las diferentes Áreas de Salud se establecerá a través del correspondiente Mapa Sanitario Autonómico, que se aprobará mediante decreto por el Gobierno de Cantabria, atendiendo a factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, culturales y ambientales, y tendrá en cuenta la dotación de vías y medios de comunicación y las instalaciones sanitarias existentes.

3. Sin perjuicio de lo indicado en los apartados anteriores y con el fin de permitir la movilidad de los usuarios y de los profesionales en el Sistema Sanitario Público, el conjunto del territorio la Comunidad Autónoma de Cantabria podrá ser considerada un Área Única a los siguientes efectos:

a) La realización de programas y proyectos asistenciales que mejoren la calidad de los servicios ofertados a los ciudadanos.

b) La prestación de asistencia sanitaria en puestos de difícil cobertura y en puestos declarados estratégicos.

c) La realización de proyectos de investigación e innovación y de proyectos docentes.

d) El desarrollo curricular de los profesionales.

e) La libertad de elección de médico, centro y servicio por los usuarios del Sistema Sanitario Público.

4. Corresponde a la Consejería competente en salud el desarrollo y aplicación de la previsión contenida en el apartado anterior.

5. En todo caso la movilidad de personal estatutario descrito en los supuestos recogidos en el apartado 3 tendrá carácter voluntario.

Artículo 10. *Zonas Básicas de Salud.*

1. Con la finalidad de alcanzar la mayor eficacia en la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario Público de Cantabria, cada Área se divide territorialmente en Zonas Básicas de Salud.

2. La Zona Básica de Salud es el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud y de acceso directo de la población a la asistencia sanitaria de manera continuada, integral y permanente.

3. Las Zonas Básicas de Salud serán delimitadas y modificadas en el Mapa Sanitario Autonómico por el Gobierno de Cantabria, atendiendo al grado de concentración o dispersión de la población, a las distancias máximas de los núcleos de población más alejados de los servicios y el tiempo de acceso utilizando los medios ordinarios de transporte disponibles en la zona.

CAPÍTULO III

Organización funcional del sistema sanitario público de Cantabria

Artículo 11. *Organización funcional.*

1. La asistencia sanitaria se prestará de manera integrada a través de programas orientados a la prevención de las enfermedades, a su detección temprana y a su curación, a la rehabilitación, a la educación sanitaria y a la promoción de estilos de vida saludables.

2. Para la realización de este cometido, la asistencia se organizará, con carácter general, en los siguientes niveles de atención que, en todo caso, actuarán de manera coordinada:

a) Atención primaria.

b) Atención especializada.

3. El Sistema Sanitario Público de Cantabria garantizará, mediante la creación de unidades y programas específicos, la coordinación de la atención primaria y especializada, especialmente en lo relativo a la atención a las urgencias y emergencias sanitarias, a la atención a la salud mental y a las drogodependencias, a los planes de cuidados paliativos y a las enfermedades de baja prevalencia. Del mismo modo, se coordinará con los planes y programas sociosanitarios.

Artículo 12. *Atención primaria.*

1. La atención primaria de salud constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Cantabria, y se caracteriza por prestar atención integral a la salud mediante el trabajo del equipo de atención primaria que desarrolla su actividad en la Zona Básica de Salud correspondiente.

2. La atención primaria de salud se prestará en el centro de salud, en los consultorios y en el domicilio de los usuarios, bien sea a demanda, de forma programada o bien con carácter urgente.

3. El equipo de atención primaria desarrollará funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con otros niveles y recursos sanitarios, de acuerdo con las directrices establecidas en el Plan de Salud.

4. Para el buen desarrollo de la atención integral a los problemas de salud de la población, los recursos sociales existentes en la Zona Básica de Salud pertenecientes a cualesquiera de las Administraciones públicas, se coordinarán con los Equipos de Atención Primaria participando de forma activa en los programas preventivos y asistenciales que éstos desarrollen en la zona.

Artículo 13. *Atención especializada.*

1. La atención especializada, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, se prestará en los hospitales y en los centros especializados de diagnóstico y tratamiento.

2. El hospital, junto a sus correspondientes centros de especialidades, constituye la estructura sanitaria responsable de la atención especializada, programada o urgente, de la población de su ámbito territorial, en régimen de ingreso, ambulatorio y domiciliario.

3. Además de las actuaciones de diagnóstico y tratamiento especializado, en el hospital se llevan a cabo actividades de promoción, prevención de la enfermedad, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con otros niveles y recursos sanitarios y sociales de acuerdo con las directrices establecidas en el plan de salud.

4. A cada Área de Salud se le asignará un centro hospitalario de referencia, que ofertará los servicios adecuados a las necesidades de la población de acuerdo con el catálogo de prestaciones.

5. Sin perjuicio de lo anterior, se establecerán servicios y hospitales que, por sus características, prestarán asistencia especializada a más de un Área de Salud.

6. Se garantizará la coordinación y la continuidad entre los diferentes niveles de atención, así como en un mismo nivel, fomentando la asistencia por procesos y la gestión clínica.

Artículo 14. *Atención a las urgencias y emergencias sanitarias.*

1. La atención a las urgencias sanitarias recaerá sobre los servicios de urgencia de atención primaria, en coordinación con los centros hospitalarios y los servicios de urgencias y emergencias, en su caso.

2. Para su gestión se establecerá un plan autonómico de urgencias y emergencias sanitarias que definirá las medidas y actuaciones y articulará los mecanismos que garanticen una atención sanitaria urgente, suficiente y eficaz en cualquier punto del territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en un período de tiempo adecuado y con medios suficientes, conforme a las posibilidades que ofrece la evolución tecnológica y el avance de las ciencias médicas.

Artículo 15. *Atención a la salud mental y los trastornos adictivos.*

1. La atención a los problemas de salud mental se llevará a cabo según lo dispuesto en la Ley de Cantabria 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria, en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen y en el plan autonómico de salud mental y asistencia psiquiátrica.

2. Las unidades de salud mental y las denominadas estructuras intermedias, tales como los centros de día psiquiátricos y los centros dedicados a tratamientos específicos, tendrán la consideración de centros especializados de diagnóstico y tratamiento, incluso cuando se ubiquen en dependencias adscritas a las estructuras de atención primaria.

3. La asistencia sanitaria a los trastornos adictivos se llevará a cabo por equipos multidisciplinares integrados en la red de dispositivos de salud mental, y se ajustará a lo dispuesto en la presente Ley y en la Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias, en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen y en el plan autonómico sobre drogas.

Artículo 16. *Atención sociosanitaria.*

La asistencia sanitaria a las personas en situaciones de dependencia se llevará a cabo de manera coordinada con lo dispuesto en la Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia, en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen y en el plan de atención sociosanitaria de Cantabria.

Artículo 17. *Otras estructuras.*

La Consejería competente en materia de sanidad, en el marco de la presente Ley, podrá autorizar o acordar el establecimiento de otras estructuras de acuerdo con criterios de gestión o funcionales, para la prestación de servicios de atención primaria o especializada, atendiendo a razones de eficacia, nivel de especialización de los centros e innovación tecnológica.

CAPÍTULO IV

Personal del sistema sanitario público de Cantabria

Artículo 18. *Definición.*

1. A los efectos de la presente ley, se entiende por personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria el personal de la Consejería competente en materia de salud y de los organismos públicos y entidades de naturaleza o titularidad pública vinculadas o dependientes de la misma.

2. El personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria que ejerza profesiones sanitarias tendrá la consideración de autoridad pública, gozando de la protección reconocida a dicha condición por la legislación vigente.

Artículo 19. *Régimen jurídico.*

1. El personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria se regirá por las disposiciones que le sean aplicables, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.

2. Se procederá a la regulación del régimen jurídico del personal estatutario que preste sus servicios en el Servicio Cántabro de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto Marco previsto en el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la disposición final primera de la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y Provisión de Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Artículo 20. *Órganos de representación y negociación.*

El personal del Sistema Sanitario Público tendrá los órganos de representación y negociación que la legislación específica determine.

Artículo 21. *Carrera profesional.*

1. El personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria, y de manera preferente el personal facultativo y de enfermería, tendrá derecho a un sistema de carrera profesional que tendrá en cuenta, entre otros aspectos, la experiencia y capacitación profesional, así como la actividad docente, investigadora y de gestión sanitaria.

2. Reglamentariamente se desarrollará la articulación de la carrera profesional, basada en el principio de uniformidad, introduciendo fórmulas que propicien la competencia entre los profesionales y la mejora de la calidad asistencial, así como mecanismos de evaluación de los profesionales y fórmulas de incentivación.

CAPÍTULO V

Financiación del sistema sanitario público de Cantabria

Artículo 22. *Financiación.*

La financiación del Sistema Sanitario Público de Cantabria se regirá por lo dispuesto en las Leyes de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la restante normativa estatal o autonómica que resulte de aplicación.

TÍTULO III

De los ciudadanos en el sistema autonómico de salud

CAPÍTULO I

Derechos de los ciudadanos en relación con la salud y la asistencia sanitaria

Artículo 23. *Principios generales.*

1. Los ciudadanos de Cantabria tendrán derecho al disfrute de un medio ambiente saludable con el adecuado control sanitario, así como a recibir información sobre los riesgos reales y potenciales para la salud de la comunidad, en los términos establecidos por la legislación vigente.

2. El derecho al disfrute de un medio ambiente saludable incluirá, como mínimo, la existencia de normas elaboradas por las Administraciones públicas referidas a:

a) La calidad de las aguas, del aire y de los alimentos.

b) El control y salubridad de residuos orgánicos e industriales.

c) El control y salubridad del transporte colectivo y la vivienda.

d) Las condiciones higiénicas de los lugares de esparcimiento, trabajo y convivencia humana.

e) La vigilancia epidemiológica.

3. La Administración sanitaria velará para que las actuaciones de promoción de la salud, prevención, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia se lleven a cabo en todo momento con pleno respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad de los ciudadanos.

4. El desarrollo y la aplicación efectiva de los derechos de los ciudadanos en sus relaciones con el Sistema Autonómico de Salud se ajustarán a los principios generales de la ética aplicados a la sanidad y a las recomendaciones y acuerdos que en este terreno se produzcan en el contexto del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito internacional.

5. La autoridad sanitaria promoverá el desarrollo y aplicación de los derechos de los ciudadanos mediante la creación de programas y estructuras que permitan establecer sistemas de garantía, tanto en el Sistema Sanitario Público de Cantabria como en la red privada de centros sanitarios.

6. La Administración sanitaria promoverá en particular la creación, acreditación y supervisión de la actividad de los comités de ética asistencial y en la investigación clínica.

Artículo 24. *Derechos relacionados con la promoción y protección de la salud y la prevención de la enfermedad.*

1. Los ciudadanos tienen derecho a ser informados por la autoridad sanitaria de los problemas de salud de la colectividad que supongan un riesgo real, una incidencia significativa o un interés para la comunidad, mediante información difundida en términos comprensibles, veraces y adecuados para la protección de la salud.
2. Los ciudadanos tienen derecho a ser informados de los planes, las acciones y las prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud, así como a recibir información sobre su desarrollo.
3. Los ciudadanos tienen derecho a recibir prestaciones preventivas dentro del marco de la consulta habitual bajo la responsabilidad de los profesionales.
4. Los ciudadanos podrán rechazar aquellas acciones preventivas que se propongan, para situaciones que no comporten riesgos a terceros, sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa de salud pública.

Artículo 25. *Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación de las personas.*

1. Los ciudadanos tienen derecho al acceso a las prestaciones y a los servicios de salud individual y colectiva, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente, sin que puedan ser objeto de discriminación por razón alguna.
2. Las personas que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo tienen el derecho a recibir actuaciones y programas específicos, atendiendo a los recursos disponibles.
3. La ciudadanía tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de los plazos previamente definidos y conocidos. Asimismo, las personas usuarias tienen derecho, en los términos previstos en la legislación vigente, al reconocimiento de un sistema de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención especializada y a disponer de información sobre las listas de espera en atención especializada.

Artículo 25 bis. *Derechos en relación con la atención sanitaria sin discriminación por razón de orientación sexual, expresión o identidad de género.*

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria incorporará la perspectiva de género y promoverá programas y protocolos para adecuarse a las necesidades específicas de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales, con la finalidad de garantizarles el derecho a recibir una atención sanitaria plena y eficaz, en condiciones objetivas de igualdad.
2. Para el eficaz cumplimiento de lo dispuesto en el apartado anterior, la Administración sanitaria promoverá que los profesionales sanitarios cuenten con formación e información en materia de perspectiva de género, orientación sexual, expresión o identidad de género. Igualmente promoverá la realización de estudios y proyectos de investigación para el desarrollo de políticas sanitarias específicas que precisen las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales.
3. El Sistema Sanitario Público de Cantabria garantizará el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida a toda persona o pareja con independencia de su orientación sexual y estado civil. Específicamente, las mujeres lesbianas y bisexuales tendrán derecho al acceso a tales técnicas en el Sistema Sanitario Público de Cantabria.

Artículo 26. *Derechos relacionados con la información general sobre los servicios sanitarios.*

1. La autoridad sanitaria velará por el derecho de los ciudadanos a recibir, por cualquier medio de comunicación, información sanitaria clara, veraz, relevante, fiable, equilibrada, actualizada y de calidad, que posibilite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de su salud.

2. El derecho a disponer de una adecuada información sanitaria se facilitará por medio de las siguientes actuaciones:

a) El desarrollo de redes de información sanitaria integrada acreditada y de calidad, potenciando la utilización de las nuevas tecnologías que faciliten la obtención de la información por parte de los ciudadanos y profesionales.
b) La difusión directa de información sanitaria de interés para el ciudadano con especial énfasis en situaciones de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias.
c) La difusión de la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder el ciudadano, así como de la cartera de servicios, normas para su uso, accesibilidad, tecnologías disponibles, indicadores de calidad del servicio y listas de espera.
d) El fomento del autocontrol responsable en la información sanitaria.
e) El control de la publicidad sanitaria.

3. En los centros sanitarios, los usuarios tendrán derecho a recibir información sobre:

a) La Carta de Derechos y Deberes como marco de relación entre el centro y los usuarios.
b) El funcionamiento general del centro y sus normas, las prestaciones y la cartera de servicios, así como las vías para obtener información complementaria.
c) La identidad de los profesionales bajo cuya responsabilidad se presta la atención sanitaria.
d) Los procedimientos para presentar sugerencias y reclamaciones, que deberán ser contestadas por el centro en los plazos y términos reglamentariamente establecidos.

Artículo 27. *Derechos relacionados con la educación para la salud.*

1. El Gobierno de Cantabria, a través de la Consejería competente en materia de sanidad, desarrollará las actuaciones de educación para la salud necesarias con el fin de que los ciudadanos adquieran formación e información objetiva y desarrollen actitudes, hábitos y valores que fomenten estilos de vida saludables. Para ello promoverá estrategias de comunicación e información, especialmente orientadas a los colectivos sociales donde puedan concurrir riesgos especiales.
2. Para la difusión de sus campañas institucionales sobre educación para la salud, la Administración sanitaria dispondrá de espacios gratuitos de publicidad en los medios de comunicación de titularidad pública del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Artículo 28. *Derechos relacionados con el acceso a la atención sanitaria.*

1. El ciudadano tiene el derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos, los cuales ofrecerán una asistencia de calidad en el marco del aseguramiento público.
2. El ciudadano tiene derecho a la libre elección de médico, centro y servicio dentro del Sistema Sanitario Público de Cantabria, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley, sin otras limitaciones que las derivadas de las necesidades de la organización sanitaria, la calidad de la prestación, la continuidad de cuidados, el tratamiento por procesos y la disponibilidad efectiva en el momento que se necesite la prestación del servicio.
3. Los centros y servicios adaptarán progresivamente su organización al ejercicio del derecho a libre elección por parte de los usuarios del sistema, vinculando ésta a los incentivos profesionales y al desarrollo de la carrera profesional.
4. Para ejercer adecuadamente el derecho a libre elección, el usuario del Sistema Sanitario Público de Cantabria deberá estar suficientemente informado y contar con el asesoramiento del médico de atención primaria, a quien corresponde establecer la indicación de derivación a un especialista o servicio de atención especializada, canalizando las preferencias del paciente.
5. El profesional escogido por el usuario será su interlocutor principal y responsable del proceso dentro del Sistema Sanitario Público de Cantabria.
6. El usuario tiene derecho a obtener medicamentos y productos sanitarios para su salud en los términos que establece la legislación que resulte aplicable.

7. Superadas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Cantabria, la Consejería competente en materia de sanidad promoverá el establecimiento y la regulación de mecanismos ágiles que permitan acceder a las personas a otros recursos asistenciales ubicados en Cantabria o en otras Comunidades Autónomas.

8. En el caso anterior, el derecho a la prestación se podrá ejercer siempre que se trate de un procedimiento diagnóstico o terapéutico científicamente acreditado. En todo caso se excluirá la participación en estudios experimentales como alternativa terapéutica.

9. Se reconoce el derecho a solicitar una segunda opinión de otro profesional con el objetivo de obtener información complementaria o alternativa sobre el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas de gran trascendencia, en los términos que reglamentariamente se determine.

10. Con el fin de facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios de asistencia sanitaria se fomentará la utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación, de manera que el consumo de tiempo requerido por el usuario en accesos, trámites y recepción de información, sea el mínimo posible y con las debidas garantías de confidencialidad y seguridad que prevé la legislación vigente.

Artículo 29. *Derechos relacionados con el respeto a la autonomía del paciente.*

1. Las actuaciones de carácter sanitario se someterán, salvo en los casos exceptuados expresamente en la presente Ley, al principio de autonomía del paciente.

2. El principio de autonomía alcanza su expresión, en la presente Ley, a través de:

a) El consentimiento informado.

b) La expresión de la voluntad con carácter previo.

Artículo 30. *Derecho al consentimiento informado.*

1. El consentimiento previo e inequívoco del usuario mayor de edad constituye un requisito indispensable para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.

2. El consentimiento del usuario a que se le practiquen los procedimientos médicos citados deberá estar precedido de la información precisa, clara y completa por parte del equipo responsable de los mismos.

3. En los supuestos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o prácticas médicas que impliquen riesgos o inconvenientes notorios y previsibles para la salud del usuario, el consentimiento deberá formalizarse por escrito en la forma que reglamentariamente se determine.

4. Los usuarios del sistema sanitario podrán rechazar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, estando obligados a registrar tal negativa por escrito, en la forma que reglamentariamente se determine.

5. En cualquier momento la persona afectada podrá revocar libremente su consentimiento.

Artículo 31. *El consentimiento informado en régimen de representación.*

1. El consentimiento será otorgado en régimen de representación en los siguientes casos:

a) Cuando el médico responsable entienda que el usuario no está en condiciones de entender de manera clara, precisa y completa la información relativa al procedimiento diagnóstico o terapéutico indicado. Esta situación se recogerá en la documentación clínica, requiriendo entonces el consentimiento de sus representantes legales, de sus familiares o de personas allegadas.

b) Cuando el usuario haya sido declarado judicialmente incapacitado, en cuyo caso el consentimiento lo prestará el tutor o representante legal.

c) En los supuestos previstos en la legislación básica estatal para los menores de edad, en cuyo caso el consentimiento lo prestará su representante.

2. El consentimiento regulado en los párrafos a) y b) del apartado anterior deberá, además, contar con autorización judicial cuando de los procedimientos o prácticas se derive un gran peligro para la vida o la integridad física o psíquica del enfermo.

Artículo 32. *El consentimiento informado en los menores.*

Los menores serán consultados cuando así lo aconsejen su edad y grado de madurez, y siempre valorando las posibles consecuencias negativas de la información suministrada.

Artículo 33. *Excepciones al derecho al consentimiento informado.*

No será preciso el consentimiento del usuario en los siguientes supuestos:

a) Cuando la no realización del procedimiento diagnóstico o terapéutico represente un riesgo para la salud pública. En estos casos deberá comunicarse a la autoridad judicial, en el plazo de veinticuatro horas, las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias.
b) Cuando exista una situación de riesgo inmediato en la que la demora en la intervención médica pueda ocasionar perjuicios irreversibles o el fallecimiento del paciente.

Artículo 34. *La expresión de la voluntad con carácter previo.*

1. El usuario del Sistema Autonómico de Salud, mayor de edad y con plena capacidad de obrar, tiene derecho al respeto absoluto de su voluntad expresada con carácter previo, para aquellos casos en que las circunstancias del momento le impidan expresarla de manera personal, actual y consciente.
2. Esta voluntad deberá otorgarse por escrito, formalizándose por alguno de los siguientes procedimientos:

a) Ante notario. En este supuesto, no es precisa la presencia de testigos.
b) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuáles dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni relación laboral, patrimonial o de servicio, ni relación matrimonial ni de análoga afectividad a la conyugal con el otorgante.
c) Ante los funcionarios de la Consejería competente en materia de sanidad expresamente habilitados para tal función en los términos que reglamentariamente se establezcan.

3. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá un documento tipo a disposición de los usuarios, que incluirá la posibilidad de establecer el rechazo de los procedimientos de soporte vital, la petición de sedación y/o analgesia en los casos terminales, rechazar tratamientos que prolonguen temporal y artificialmente su vida, así como la constancia escrita de las personas en las que el usuario delega su representación.
4. El documento de voluntades se incorporará a la historia clínica del paciente.
5. Las declaraciones de voluntad expresadas con carácter previo serán vinculantes una vez inscritas en el Registro de voluntades adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, que se regulará reglamentariamente.
6. No se podrán tener en cuenta las voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto haya previsto a la hora de emitirlas. En estos casos se ha de hacer la correspondiente anotación razonada en la historia clínica del paciente.

Artículo 35. *Derechos del enfermo afectado por un proceso en fase terminal.*

En toda circunstancia, el paciente tiene derecho a afrontar el proceso de su muerte con dignidad y a que sus familiares y personas próximas le acompañen en la intimidad y reciban el trato apropiado al momento. Este derecho incluye:

a) Morir en pleno uso de sus derechos, y especialmente el que le permite rechazar tratamientos que le prolonguen temporal y artificialmente la vida.

b) Recibir los tratamientos paliativos y aliviar el dolor, facilitándoselos en el entorno más adecuado, aun cuando dichos tratamientos pudieran suponer algún riesgo de acelerar el exitus.

c) Morir acompañado de las personas que designe, especialmente de sus familiares o allegados, los cuales podrán recibir la orientación profesional adecuada.

d) Recibir el duelo necesario tras su muerte en el centro sanitario.

Artículo 36. *Derechos relacionados con la intimidad.*

1. El usuario de los servicios sanitarios tiene derecho a ser atendido en un medio que garantice su intimidad, dignidad, autonomía y seguridad. La efectividad de ese derecho incluye, entre otros:

a) Conocer la identidad y la misión de los profesionales que intervienen en su atención sanitaria.

b) Limitar, según su deseo, la presencia de investigadores, estudiantes u otros profesionales que no tengan una responsabilidad directa en la atención.

c) Solicitar la presencia de familiares o personas vinculadas a él, en todo momento.

2. El respeto a los derechos recogidos en el apartado anterior deberá ser en todo caso compatible con las normas de convivencia del centro sanitario y la correcta práctica médica, a juicio exclusivo del equipo médico responsable, cuyo criterio prevalecerá en situaciones de conflicto de intereses entre el derecho a la salud y el derecho a la intimidad.

Artículo 37. *Derechos relacionados con la confidencialidad.*

1. El usuario del Sistema Autonómico de Salud tiene derecho a que se garantice la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en centros sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente.

2. Este derecho se extenderá a cualquier información de carácter sanitario, incluidos los datos relativos a su constitución genética y aquellos otros que puedan obtenerse en virtud de los avances tecnológicos.

3. Los centros sanitarios han de adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refieren los apartados anteriores, y con tal efecto han de elaborar, en su caso, normas y procedimientos protocolizados para garantizar la legitimidad de todo acceso a los datos de los pacientes.

Artículo 38. *Derechos relacionados con la investigación y la experimentación.*

1. El paciente tiene derecho a conocer si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico o tratamiento que le son aplicados pueden ser utilizados para un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.

2. En todo caso será imprescindible la autorización previa y por escrito del paciente o de su representante y la aceptación por parte del médico y dirección del centro sanitario correspondiente, sin perjuicio de lo que determine la autoridad administrativa o, en su caso, la autoridad judicial.

3. Cuando el paciente no autorice el uso de tejidos o muestras biológicas provenientes de una biopsia o extracción se debe proceder a su eliminación como residuo sanitario, eliminación que se efectuará de acuerdo con la normativa vigente.

4. Los ciudadanos, sean o no pacientes del Sistema Autonómico de Salud, podrán participar en estudios de investigación y experimentación siempre y cuando éstos cumplan con las condiciones que se establezcan en la normativa que les resulte de aplicación.

Artículo 39. *Derechos relacionados con los resultados de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas.*

1. El paciente tiene derecho a ser informado de los resultados de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.

2. El paciente tiene derecho a disponer de aquellas preparaciones de tejidos o muestras biológicas que provengan de una biopsia o extracción, con la finalidad de recabar la opinión de un segundo profesional o para la continuidad de la asistencia en un centro diferente.

3. El paciente tendrá derecho a estar informado sobre la conservación de tejidos o muestras biológicas provenientes de una biopsia, extracción o donación debiendo obtenerse autorización para usos diferentes a su propio tratamiento.

Artículo 40. *Derechos relacionados con la información asistencial y la documentación clínica.*

1. El paciente es el titular del derecho a la información asistencial, respetando también su voluntad en el caso de que no quiera ser informado.
2. Se ha de informar a las personas vinculadas al paciente en la medida que éste lo permita expresa o tácitamente.
3. La forma y el contenido del derecho a la información se ajustarán a la finalidad de poner al alcance del paciente elementos de juicio suficientes para poder tomar decisiones en todo aquello que le afecte.
4. Para cumplir ese objetivo la información será veraz y se prestará a lo largo de todas las fases del proceso asistencial, en términos comprensibles para el paciente, incluyendo el diagnóstico, las consecuencias del tratamiento y las del no tratamiento, las alternativas terapéuticas y el pronóstico.
5. El paciente tiene derecho a disponer de la información escrita sobre su proceso asistencial y estado de salud en términos comprensibles, con el contenido fijado en las disposiciones vigentes, que en todo caso incluirá las actuaciones médicas y de enfermería, así como las de otros facultativos y profesionales sanitarios.
6. El paciente tiene derecho a recibir el informe del alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o interconsulta en atención especializada.
7. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información.

También han de asumir la responsabilidad en el proceso de información los profesionales asistenciales que le atienden o le apliquen una técnica o un procedimiento concretos.

8. En caso de incapacidad del paciente, éste ha de ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de la información debida a quien ostente su representación legal.

Artículo 41. *Derecho de acceso y conservación de la historia clínica.*

1. El paciente tiene derecho a acceder a la documentación de su historia clínica y a obtener una copia de los datos que en ella figuren. Corresponde a los centros sanitarios regular el procedimiento para garantizar el acceso a la historia clínica.
2. El derecho del paciente a la documentación de la historia clínica no se podrá ejercer en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de los datos que sobre ellos figuren en la mencionada documentación, ni del derecho de los profesionales que han intervenido en su elaboración, que podrán invocar la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.
3. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica se podrá ejercer también por representación, siempre que esté debidamente acreditada.
4. El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Esta custodia ha de permitir la recogida, la recuperación, la integración y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad en los términos establecidos en la presente Ley.
5. En el caso de pacientes fallecidos, el acceso a su historia clínica se facilitará a las personas que acrediten ser titulares de un interés legítimo. Respecto al acceso a la historia clínica de otros familiares y personas allegadas, éstos podrán acceder a datos asistenciales pertinentes en el caso de que exista riesgo grave para su salud o cuando así lo establezca la autoridad judicial.

Artículo 42. *Derechos relacionados con la calidad asistencial.*

1. El ciudadano tiene derecho a una asistencia sanitaria de calidad humana, que incorpore en lo posible los adelantos científicos y que sea cuidadosa con sus valores, creencias y dignidad.

2. El ciudadano tiene derecho a conocer los resultados de la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios.

3. Los procesos asistenciales estarán definidos mediante procedimientos previamente documentados y avalados por organismos o instituciones de reconocido prestigio.

4. Los centros, establecimientos y servicios del Sistema Sanitario Público de Cantabria contarán con Cartas de Servicios en los términos previstos en el Decreto 109/2001, de 21 de noviembre.

CAPÍTULO II

Deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria

Artículo 43. *Deber del buen uso de derechos, recursos y prestaciones.*

El ciudadano debe hacer buen uso de las prestaciones y derechos de acuerdo con sus necesidades de salud y en función de las disponibilidades del Sistema Sanitario.

Artículo 44. *Deber de cumplir las prescripciones sanitarias comunes y específicas.*

El ciudadano debe cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria y comunes a toda la población, así como aquellas específicas determinadas por los servicios sanitarios, sin perjuicio de ejercer el derecho a la libre elección entre las opciones terapéuticas y de renunciar a recibir el tratamiento médico o las actuaciones sanitarias propuestas, de acuerdo con los términos establecidos en la presente Ley.

Artículo 45. *Deber de respetar las actuaciones de promoción y prevención de la salud.*

El ciudadano debe respetar y cumplir las medidas sanitarias adoptadas por la autoridad sanitaria para la prevención de riesgos, protección de la salud y lucha contra las amenazas de la salud pública.

Artículo 46. *Deber de buen uso de instalaciones y servicios.*

El ciudadano debe utilizar de manera responsable las instalaciones y los servicios sanitarios con el fin de garantizar su conservación y funcionamiento correcto, de acuerdo con las normas correspondientes establecidas para cada centro o servicio sanitario.

Artículo 47. *Deber de respetar las normas y a los profesionales de los centros asistenciales.*

El ciudadano debe mantener el respeto a las normas establecidas en cada centro y a la dignidad personal y profesional de los trabajadores que prestan los servicios, así como a los otros enfermos o personas que se encuentren en los centros sanitarios.

Artículo 48. *Deber de identificación leal de la filiación y del estado físico y de salud.*

El ciudadano debe facilitar de forma leal y veraz los datos de identificación, así como los referentes a su estado físico y de salud, que sean necesarios para su proceso asistencial o por razones de interés general debidamente motivadas, siempre con la limitación que exige el respeto al derecho de intimidad y confidencialidad.

Artículo 49. *Deber de firmar la negativa a las actuaciones sanitarias.*

1. El ciudadano está obligado a firmar el documento pertinente en el caso de negarse a las actuaciones sanitarias propuestas, especialmente en el que se pida el alta voluntaria o en lo referente a pruebas diagnósticas, actuaciones preventivas y tratamientos de especial relevancia para la salud del paciente. En este documento quedará expresado con claridad que el paciente ha quedado suficientemente informado de las situaciones que se puedan derivar de su negativa y que rechaza los procedimientos indicados.

2. En el supuesto de que el ciudadano se negara a firmar estos documentos, la dirección del correspondiente centro sanitario o servicio, en su caso, y a propuesta del facultativo de referencia, podrá dar el alta.

Artículo 50. *Deber de aceptar el alta.*

1. El ciudadano, en aras de un correcto uso de los servicios sanitarios, está obligado a aceptar el alta:

a) Una vez hubiese finalizado su proceso asistencial.
b) Cuando se hubiese comprobado que la situación clínica del paciente no mejoraría prolongando su estancia.
c) Cuando la complejidad del cuadro aconseje su traslado a un centro de referencia.

2. En cualquier caso el alta se realizará garantizando al paciente la atención más adecuada a su situación, si ésta fuera precisa.

CAPÍTULO III

La participación

Artículo 51. *El derecho a la participación del ciudadano.*

1. De acuerdo con lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 9 y en el apartado 1 del artículo 129 de la Constitución Española y en los artículos 5 y 53 de la Ley General de Sanidad, los ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Cantabria tendrán derecho a participar en la política sanitaria y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de la vida o al bienestar en general.
2. La participación, tanto en la formulación de la política sanitaria como en su control, es un derecho del ciudadano y de la sociedad en general, un valor social, una garantía de estabilidad y un instrumento de cooperación e información del Sistema Sanitario Público de Cantabria.
3. El derecho a la participación implica la responsabilidad en su ejercicio, y obliga a actuar con lealtad al interés general, al bien público y a la promoción del bienestar social.

Artículo 52. *El Consejo Asesor de Salud de Cantabria.*

El Consejo Asesor de Salud, regulado en la presente Ley y en el Estatuto del Servicio Cántabro de Salud, aprobado por la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud, es el órgano superior de carácter consultivo y de participación dentro del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

Artículo 53. *Los Consejos de Salud de Área.*

1. En cada Área de Salud se establecerá un Consejo de Salud de Área, como órgano colegiado de participación ciudadana, con carácter consultivo y de asesoramiento, con la finalidad de efectuar, en su ámbito, el seguimiento de la ejecución de la política sanitaria, evaluación de la misma y asesoramiento a los órganos de dirección y gestión de aquél.
2. Los Consejos de Salud de Área estarán coordinados con el Consejo Asesor de Salud de Cantabria. La Consejería competente en materia de sanidad facilitará la documentación y medios precisos para el cumplimiento de sus funciones.
3. Reglamentariamente se establecerá la composición, organización, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área, que atenderá a criterios de participación de los usuarios, garantizando en todo caso la participación de las Administraciones Locales, las organizaciones sindicales más representativas en materia sanitaria, las organizaciones empresariales más representativas y las organizaciones sociales del Área correspondiente.

CAPÍTULO IV

Garantías de los derechos y deberes de los ciudadanos

Artículo 54. *Garantías del cumplimiento de los derechos y deberes.*

1. El Gobierno de Cantabria garantizará a los ciudadanos el pleno ejercicio del régimen de derechos y obligaciones reconocidos en la presente Ley, para lo que se establecerá reglamentariamente el alcance y contenido específico de sus condiciones.

2. Para el cumplimiento de estas garantías, se llevarán a cabo las actuaciones siguientes:

a) Medidas para garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes.

b) Creación de una unidad específica de atención al usuario del Sistema Autonómico de Salud en la Consejería competente en materia de sanidad.

Artículo 55. *Medidas para garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes.*

1. El Gobierno de Cantabria garantizará a los ciudadanos información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto a los servicios sanitarios en Cantabria, tanto en el Sistema Sanitario Público de Cantabria como en la red de centros de titularidad privada, que incluirá, entre otros, datos relativos a su organización, procedimientos de acceso, uso y utilización.

2. Se elaborará una Carta de Derechos y Deberes del Ciudadano en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria, que será suficientemente difundida a la población.

3. Los centros y establecimientos sanitarios públicos y privados, deberán disponer y, en su caso, tener permanentemente a disposición de los usuarios:

a) Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.

b) Formularios de sugerencias y reclamaciones.

c) Personal y locales bien identificados para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público.

Artículo 56. *Unidad de atención al usuario del Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.*

1. El Sistema Autonómico de Salud de Cantabria dispondrá de una unidad de atención al usuario, cuyo objeto será el diseño y puesta en marcha de un plan de humanización de la asistencia sanitaria.

2. La unidad de atención al usuario dependerá orgánicamente de la Consejería competente en materia de sanidad y ejercerá su cometido con autonomía funcional.

3. Esta unidad tendrá, entre otras, las siguientes misiones:

a) Recabar información sobre aspectos relativos al funcionamiento de los servicios del Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.

b) Recibir cuantas sugerencias u observaciones deseen realizar los ciudadanos en su relación con el Sistema Autonómico de Salud.

c) Favorecer la intermediación en los conflictos que planteen los ciudadanos como usuarios del Sistema Autonómico de Salud.

d) Canalizar todas aquellas quejas, reclamaciones o propuestas de los ciudadanos no resueltas en los distintos niveles del Sistema Autonómico de Salud.

e) Obtener, en los plazos y con los procedimientos que reglamentariamente se determinen, la información relativa a las quejas y reclamaciones formuladas por los usuarios de los servicios sanitarios.

3. La Consejería competente en materia de sanidad emitirá una memoria anual de la actividad de la unidad de atención al usuario, que reflejará y analizará el tipo de reclamaciones, quejas o sugerencias presentadas por los usuarios, así como las medidas adoptadas al efecto.

4. Todos los centros sanitarios de Cantabria, de titularidad pública o privada, tendrán la obligación de atender en los plazos y con los procedimientos que reglamentariamente se determinen los requerimientos formulados por esta unidad.

TÍTULO IV

De las Administraciones Públicas en el Sistema Sanitario Público de Cantabria

Artículo 57. *Principio general.*

Es función de las Administraciones públicas de Cantabria garantizar, bajo las directrices y objetivos de la presente Ley, el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a los ciudadanos, en los términos previstos en la misma.

Artículo 58. *Competencias del Gobierno de Cantabria.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponderán al Gobierno de Cantabria, en los términos establecidos en la presente Ley, las siguientes competencias:

a) Dictar disposiciones de carácter general en materia de protección de la salud y de la asistencia sanitaria.
b) Aprobar la inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario Público.
c) Aprobar el plan de salud de Cantabria.
d) Aprobar la estructura orgánica y las relaciones de puestos de trabajo del Servicio Cántabro de Salud.
e) Nombrar y cesar al director gerente del Servicio Cántabro de Salud.
f) Aprobar el mapa sanitario autonómico.
g) Autorizar la celebración de convenios con otras Administraciones públicas para la prestación de servicios sanitarios.
h) Acordar la creación de entidades de naturaleza o titularidad pública, dependientes de la Consejería competente en materia de sanidad o del Servicio Cántabro de Salud.
i) Cualesquiera otras que le atribuya el ordenamiento vigente.

Artículo 59. *Competencias de la Consejería competente en materia de sanidad.*

Corresponden a la Consejería competente en materia de sanidad las siguientes competencias:

a) El ejercicio de la autoridad sanitaria.
b) Ejercer el desarrollo y control de la política de ordenación farmacéutica en Cantabria.
c) Garantizar la ejecución de las actuaciones y programas en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.
d) Ejercer la coordinación general de las prestaciones sanitarias, incluidas la prestación farmacéutica, así como la supervisión, inspección y evaluación de las mismas.
e) Establecer la delimitación de las demarcaciones territoriales y la creación de las estructuras funcionales de su competencia.
f) Adoptar medidas preventivas de protección de la salud cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente para la salud de la comunidad.
g) Ejercer la dirección estratégica, inspección, evaluación y control de eficacia del Servicio Cántabro de Salud.
h) Establecer y coordinar la política de convenios y conciertos con entidades públicas y privadas para la prestación de servicios sanitarios, así como la gestión de aquellos que reglamentariamente se determinen.
i) Elaborar y elevar al Gobierno de Cantabria la propuesta del plan de salud de Cantabria.
j) Ejercer la coordinación de los programas de investigación y recursos públicos de cualquier procedencia, a los efectos de conseguir la máxima productividad de las inversiones realizadas.
k) Remitir a la Consejería de Economía y Hacienda el anteproyecto de presupuesto del Servicio Cántabro de Salud.
l) Ejercitar las competencias de intervención pública para la protección de la salud.
m) Fomentar la participación ciudadana en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.

n) Desarrollar la estructura básica del sistema de información sanitaria de Cantabria, con especial referencia a la recopilación, elaboración y difusión de información epidemiológica general y específica.

ñ) Ejercer el control de la publicidad sanitaria.

o) Proponer al Gobierno de Cantabria la cartera de servicios de los centros sanitarios del Servicio Cántabro de Salud y de las entidades públicas adscritas al Sistema Sanitario Público de Cantabria.

p) Proponer al Gobierno de Cantabria el nombramiento y cese del director gerente del Servicio Cántabro de Salud.

q) Proponer al Gobierno de Cantabria la aprobación del mapa sanitario Autonómico.

r) Ejercer la coordinación de los aspectos generales de la ordenación profesional y de la docencia e investigación sanitarias en Cantabria, en el marco de sus propias competencias.

s) Cualesquiera otras que le atribuya el ordenamiento vigente.

Artículo 60. *Competencias de las entidades locales.*

1. De acuerdo con lo establecido en la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la presente Ley, las entidades locales tendrán competencias sanitarias, tanto en materia de salud pública como en materia de participación y gestión sanitaria, que ejercerán en el marco de las directrices, objetivos y programas del Plan de Salud de Cantabria.

2. En materia de salud pública tendrán las siguientes competencias:

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

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

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

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

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

f) Desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos.

g) Cualesquiera otras que les atribuya el ordenamiento vigente.

3. En materia de participación y gestión sanitaria, las Entidades locales tendrán derecho a:

a) Estar representados en los órganos de dirección y participación que reglamentariamente se determinen.

b) Colaborar, en los términos en que se acuerde en cada caso, en la construcción, remodelación y equipamiento de centros y servicios sanitarios, así como en su conservación y mantenimiento.

c) En el caso de disponer de centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad local, establecer con la Administración sanitaria del Gobierno de Cantabria convenios específicos o consorcios para la gestión de los mismos.

d) Participar en la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de cualquier otra titularidad, en los términos en que se acuerde en cada caso, y en las formas previstas en la legislación vigente.

e) Cualesquiera otras que les atribuya el ordenamiento vigente.

4. Las entidades locales, para el cumplimiento de las competencias y funciones sanitarias de las que son titulares, adoptarán las disposiciones de carácter sanitario que serán de aplicación en su ámbito territorial, dentro de los límites de la normativa estatal y autonómica.

5. Cuando el desarrollo de las funciones sanitarias lo requiera, las entidades locales podrán disponer de personal y servicios sanitarios propios para el ejercicio de sus competencias, o recabar el apoyo técnico del personal y medios de las Áreas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos, que se llevará a cabo según las normas establecidas por el Gobierno de Cantabria.

6. El personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria que preste apoyo a los municipios en los asuntos a los que se refiere el presente artículo, tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidades personales y patrimoniales, y solamente en tanto se lleva a efecto la prestación de dicho servicio.

7. El Gobierno de Cantabria podrá delegar en las entidades locales el ejercicio de competencias en materia sanitaria, en las condiciones previstas en la legislación vigente.

TÍTULO V

Del plan de salud de Cantabria

Artículo 61. *Definición, naturaleza y contenido.*

1. El Plan de Salud de Cantabria es el instrumento de previsión, dirección, planificación estratégica y ordenación de las actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar los fines de la presente Ley, constituyendo el marco básico de referencia del Sistema Autonómico de Salud, en los términos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

2. El Plan de Salud de Cantabria establecerá:

a) Las orientaciones básicas y actuaciones fundamentales del Sistema Autonómico de Salud y el conjunto de actuaciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.

b) Los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de atención a la salud.

c) Los sistemas de evaluación y control del grado de cumplimiento de los compromisos.

d) La vigencia del propio Plan.

Artículo 62. *Elaboración.*

1. La elaboración del Plan de Salud de Cantabria corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, que establecerá sus contenidos principales, metodología y plazo de su elaboración, así como los mecanismos de evaluación y revisión.

2. El Plan de Salud incluirá en su redacción:

a) El análisis de los problemas de salud y de la atención sanitaria de la Comunidad Autónoma y de la situación de los recursos existentes.

b) La evaluación de los resultados de planes anteriores.

c) La definición de los objetivos de atención a la salud, generales y específicos, por áreas de actuación.

d) El establecimiento de prioridades de intervención.

e) La definición general de los programas principales de actuación.

f) La estimación de los recursos necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto en lo que se refiere a la organización y desarrollo de actividades, servicios, planes sectoriales y programas, como a los medios materiales y personales precisos.

g) El calendario general de actuación.

h) Las unidades, instituciones o entidades responsables del cumplimiento de los diferentes objetivos.

i) Los mecanismos de evaluación del desarrollo del Plan y, en su caso, los procedimientos previstos para la modificación del mismo.

3. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por el Consejo Asesor de Salud de Cantabria y los órganos de dirección y participación de las Áreas de Salud.

Artículo 63. *Aprobación.*

1. El Plan de Salud será aprobado por el Gobierno de Cantabria, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, previo informe de la Consejería de Presidencia, de la Consejería de Economía y Hacienda y del Consejo Económico y Social.

2. El Plan de Salud, una vez aprobado por el Gobierno de Cantabria, será remitido al Parlamento de Cantabria para su conocimiento y al Ministerio competente en materia sanitaria para su inclusión en el Plan Integrado de Salud, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

TÍTULO VI

De las actuaciones en materia de salud

CAPÍTULO I

Actuaciones relacionadas con la salud pública

Artículo 64. *Actuaciones relacionadas con la salud pública.*

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria promoverá el desarrollo de las siguientes actuaciones relacionadas con la salud pública:

a) Atención al medio ambiente en cuanto a su repercusión sobre la salud humana individual y colectiva, incluyendo medidas de control y promoción de mejoras sobre todas aquellas actividades con incidencia en la salud.

b) La prevención de riesgos para la salud derivados de una inadecuada producción, manejo, transporte, comercialización y venta de alimentos.

c) La vigilancia e intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, mediante la recopilación, elaboración, análisis y difusión de estadísticas vitales y registros de morbimortalidad.

d) La promoción y mejora de las actividades de inspección de salud pública y el desarrollo de laboratorios de salud pública que permitan apoyar investigaciones sobre riesgos biológicos, físicos y químicos.

e) La promoción y protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud en los establecimientos públicos y lugares de habitación y convivencia humana, en especial los centros escolares, las instalaciones deportivas y los lugares, locales e instalaciones de esparcimiento público, en colaboración con las Consejerías competentes en la materia.

f) La colaboración con la Administración del Estado en la farmacovigilancia y control de las reacciones adversas a los medicamentos y otros productos sanitarios, de acuerdo con las competencias previstas en el Estatuto de Autonomía para Cantabria.

g) La educación para la salud de la población enfocada a la mejora de la salud individual y colectiva.

h) La realización de estudios que permitan analizar y determinar los condicionantes que dificultan la igualdad de oportunidades en materia de salud.

i) La docencia e investigación en el ámbito de la salud y la formación continuada del personal al servicio de la Administración sanitaria.

j) El control de la publicidad sanitaria.

k) La promoción de estilos de vida saludables para la población, así como promoción de la salud y prevención de las enfermedades en grupos de mayor riesgo.

l) La promoción y mejora de las actividades de veterinaria de salud pública, prevención de los factores de riesgo en este ámbito, sobre todo en las áreas de control, sanidad e higiene alimentaria en mataderos, industrias, establecimientos y actividades de carácter alimentario, prevención y lucha contra la zoonosis y sanidad medioambiental.

CAPÍTULO II

Actuaciones relacionadas con la salud laboral

Artículo 65. *Marco normativo.*

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria promoverá actuaciones en materia sanitaria referentes a la salud laboral en el marco de lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y en las normas reglamentarias que las desarrollen.

Artículo 66. *Actuaciones.*

1. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo anterior, corresponderá en particular a la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en colaboración con la Administración laboral:

a) El establecimiento de los medios adecuados para la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario que se realicen en las empresas por los servicios de prevención actuantes. Para ello se establecerán, oídas las sociedades científicas, los protocolos de actuación, a los que deberán someterse los citados servicios.

b) La implantación de sistemas de información adecuados, que permitan la elaboración de mapas de riesgos laborales, así como la realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores, así como hacer posible un rápido intercambio de información.

c) La supervisión de la formación que, en materia de prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal sanitario actuante en los servicios de prevención autorizados.

d) La elaboración y divulgación de estudios, investigaciones y estadísticas relacionadas con la salud de los trabajadores.

2. Por Decreto del Gobierno de Cantabria, a propuesta conjunta de las Consejerías competentes en materia de sanidad y de trabajo, se creará un Consejo de Salud Laboral del que formarán parte la Administración de la Comunidad Autónoma, las organizaciones sindicales y empresariales más representativas y las demás organizaciones que, en su caso, se determinen reglamentariamente.

CAPÍTULO III

Actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria y los medicamentos

Artículo 67. *Actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria.*

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

a) La atención integral a la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, salud pública, prevención de las enfermedades, acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en los niveles de atención primaria como de atención especializada, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo en los dispositivos públicos de atención sociosanitaria.

b) La atención a las urgencias y emergencias sanitarias.

c) El desarrollo de los programas de atención a los grupos de población de mayor riesgo, de los programas específicos de protección ante factores de riesgo, así como los dirigidos a la prevención de enfermedades congénitas.

d) La atención, promoción, protección y mejora de la salud mental, preferentemente en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria, realizándose las hospitalizaciones, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas de hospital general.

e) La orientación y planificación familiar.

f) La promoción, protección y mejora de la salud bucodental, haciendo especial énfasis en los aspectos preventivos, e incorporando progresivamente otras prestaciones asistenciales, en los términos previstos en el catálogo de prestaciones.

g) La prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares necesarios para la promoción de la salud, y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad.

h) La mejora continua de la calidad en todos sus niveles asistenciales.

i) La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio del Sistema Sanitario, así como la participación en las actividades de formación de pregrado.

j) El fomento y la participación en actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud.

k) Cualquier otra actividad relacionada con la promoción, prevención, mantenimiento y mejora de la salud.

Artículo 68. *Actuaciones relacionadas con el uso de los medicamentos.*

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma, en relación con el uso de los medicamentos, realizará las siguientes actuaciones:

a) Establecer programas de control de calidad de los medicamentos para comprobar la observancia de las condiciones de autorización y de las demás que sean de aplicación, en los términos previstos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y demás legislación aplicable.

b) Recoger y elaborar la información sobre reacciones adversas a los medicamentos.

c) Adoptar medidas y programas tendentes a racionalizar la utilización de medicamentos tanto en la atención primaria de salud como en la especializada, bajo criterios exclusivamente científicos.

d) Garantizar que las oficinas de farmacia, como establecimientos sanitarios, colaboren con la Administración sanitaria en los programas tendentes a garantizar el uso racional de los medicamentos en la atención primaria de salud, y en programas de educación sanitaria e información epidemiológica.

CAPÍTULO IV

Actuaciones relacionadas con la historia clínica

Artículo 69. *Definición de la historia clínica.*

1. La historia clínica recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo, identificando a los médicos y al resto de los profesionales asistenciales que han intervenido en él. Se ha de procurar la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, que se llevará a cabo, como mínimo, en el ámbito de cada centro, donde debe haber una historia clínica única por cada paciente.

2. El centro ha de archivar las historias clínicas en instalaciones que garanticen la seguridad, la conservación correcta y la recuperación de la información.

3. Las historias clínicas se podrán elaborar en soporte papel, audiovisual e informático, siempre que se garantice la autenticidad del contenido y la plena capacidad de reproducción futura. En cualquier caso, se ha de garantizar que queden registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han hecho.

4. Los centros sanitarios han de adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales recogidos y evitar la destrucción o la pérdida accidental y también el acceso, la alteración, la comunicación o cualquier otro procedimiento que no esté autorizado.

Artículo 70. *Contenido de la historia clínica.*

1. La historia clínica ha de tener un número de identificación y ha de incluir los siguientes datos:

a) Datos de identificación del enfermo y de la asistencia.

b) Datos clínico-asistenciales, que incluirán los procedimientos clínicos realizados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes en caso de procedimientos o exámenes especializados, y también las hojas de interconsulta, hojas de curso clínico y de tratamiento médico.

c) Hoja de consentimiento informado si procede.

d) Hoja de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito.

e) Informe de ingreso o de alta, si es el caso.

f) Documento de alta voluntaria, si es el caso.

g) Informe de necropsia, si lo hay.

h) En caso de intervención quirúrgica se ha de incluir la hoja operatoria y el informe de anestesia y, en caso de parto, los datos de registro.

i) Datos sociales.

j) Cualesquiera otros previstos en la legislación aplicable.

2. En las historias clínicas hospitalarias, en las que suelen participar más de un médico o de un equipo asistencial, han de constar individualizadas las acciones, las intervenciones y las prescripciones realizadas por cada profesional.

3. Los centros sanitarios han de disponer de un modelo normalizado de historia clínica que recoja los contenidos fijados en este artículo adaptados al nivel asistencial que tienen y a la clase de prestación que dan.

Artículo 71. *Utilización de la historia clínica.*

1. Con el fin de prestar una asistencia adecuada al paciente, los profesionales asistenciales del centro que estén implicados en el diagnóstico o el tratamiento del enfermo han de tener acceso a la historia clínica.

2. Se podrá acceder a la historia clínica con fines epidemiológicos, de investigación o docencia, con sujeción a lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y las disposiciones concordantes. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, excepto que el paciente haya dado antes su consentimiento.

3. El personal encargado de las tareas de administración y gestión de los centros sanitarios podrá acceder sólo a los datos de la historia clínica relacionados con dichas funciones.

4. El personal al servicio de la Administración sanitaria que ejerce funciones de inspección, debidamente acreditado, podrá acceder a las historias clínicas a fin de comprobar la calidad de la asistencia, el cumplimiento de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes o la Administración sanitaria.

5. Todo el personal que acceda, en uso de sus competencias, a cualquier clase de datos de la historia clínica está sujeto al deber de guardar secreto.

Artículo 72. *Conservación de la historia clínica.*

1. La historia clínica se ha de conservar como mínimo hasta quince años desde la muerte del paciente. No obstante, se podrán seleccionar y destruir los documentos que no sean relevantes para la asistencia, transcurridos dos años desde la última atención al paciente.

2. En todo caso, en la historia clínica se han de conservar durante quince años como mínimo contados desde la muerte del paciente, y junto con los datos de identificación del paciente: las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y el registro de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia.

3. Sin perjuicio de lo establecido en los apartados 1 y 2 de este artículo, la documentación que a criterio del facultativo sea relevante a efectos preventivos, asistenciales o epidemiológicos se conservará el tiempo que se considere oportuno.

CAPÍTULO V

Intervención administrativa en materia sanitaria

Artículo 73. *Control en materia de salud.*

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en el marco de sus competencias, realizará las siguientes actuaciones:

a) Establecer los registros y métodos de análisis de información necesarios para el cumplimiento de las distintas situaciones relacionadas con la salud individual y colectiva, y en particular las que se refieren a los grupos específicos de riesgo, de las que puedan derivarse acciones de intervención, así como los sistemas de información y estadísticas sanitarias.

b) Establecer la exigencia de autorizaciones sanitarias y la obligación de someter a registro, por razones sanitarias, a las empresas o productos con especial incidencia en la salud humana.

c) Establecer, asimismo, prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes y servicios, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.

d) Establecer las normas y criterios por los que han de regirse los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Cantabria, tanto públicos, como privados, para su autorización, calificación, acreditación, homologación y registro.

e) Otorgar la autorización administrativa previa para la instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones en la estructura de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Cantabria, cualquiera que sea su nivel y categoría o titular.

f) Inspeccionar y controlar los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Cantabria, así como sus actividades de promoción y publicidad. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios que integran el Servicio Cántabro de Salud y aquellos que sean responsabilidad de los poderes públicos quedarán sometidos, además, a la evaluación de sus actividades, prestaciones y funcionamiento en los términos que reglamentariamente se establezcan, a cuyos efectos se desarrollará una estructura de inspección de servicios sanitarios que quedará adscrita a la Consejería competente en materia de sanidad.

g) Desarrollar tareas de inspección y control de la publicidad a todos los niveles.

h) Establecer las normas y directrices para el control y la inspección de las condiciones higiénico-sanitarias y de funcionamiento de las actividades alimentarias, locales de convivencia colectiva y del medio ambiente en que se desenvuelve la vida humana.

i) Establecer los criterios generales, normas y directrices para el ejercicio de las competencias en materia de sanidad mortuoria.

j) El ejercicio de cuantas competencias o funciones le vengan atribuidas por normas legales y reglamentarias.

Artículo 74. *Evaluación del cumplimiento de los objetivos y de la calidad de los servicios.*

Serán también objeto de evaluación, seguimiento o intervención por parte de las autoridades competentes en materia de asistencia sanitaria:

a) El grado de cumplimiento de las prestaciones sanitarias por parte de los centros, establecimientos y servicios, del personal y de las entidades aseguradoras y colaboradoras.

b) El grado de cumplimiento de los derechos reconocidos en esta Ley a la ciudadanía en el ámbito de la misma.

c) El grado de satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios que reciben.

d) El cumplimiento por parte de la población de las obligaciones respecto a los servicios sanitarios contenidos en la presente Ley.

e) La eficacia y eficiencia de las diversas unidades asistenciales de los centros, servicios y establecimientos del Sistema Sanitario Público.

f) El cumplimiento de las actuaciones propias de los servicios de salud, según la legislación vigente, en materia de salud laboral, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y situaciones de incapacidad e invalidez.

g) La eficacia y la efectividad de los programas de salud colectiva desarrollados por el Sistema Sanitario Público de Cantabria.

h) La evaluación de las políticas de sanidad ambiental e higiene de los alimentos.

i) En general, toda actividad sanitaria del personal, centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, de Cantabria, respecto al cumplimiento de las normas sanitarias vigentes.

Artículo 75. *Sistemas de información de salud.*

1. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá, en colaboración con la Consejería competente en materia de tecnologías de la información, un sistema de información de salud, que incluirá datos demográficos, económicos, medioambientales y sanitarios a fin de realizar la planificación sanitaria y evaluación continuada de la calidad de los servicios y prestaciones sanitarias ofertadas.

2. Todos los centros públicos y privados que presten servicios sanitarios están obligados a suministrar los datos que en cada momento sean requeridos por la Administración sanitaria a fin de realizar los estudios estadísticos oportunos, todo ello sin perjuicio de lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 76. *Actuaciones preventivas en materia de salud.*

1. Las Administraciones públicas de Cantabria, en el marco de sus respectivas competencias, establecerán y acordarán limitaciones preventivas de carácter administrativo respecto de aquellas actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud.

2. Asimismo, adoptarán cuantas prohibiciones, requisitos y medidas preventivas sean exigibles en las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan suponer riesgo inminente y extraordinario para la salud. En este sentido, y como consecuencia de las actuaciones de inspección, las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la suspensión provisional, la prohibición de las actividades y la clausura definitiva de los centros y establecimientos, así como la retirada definitiva de productos puestos en circulación en el mercado, por requerirlo la protección de la salud colectiva, o por incumplimiento de los requisitos exigidos para la instalación y funcionamiento de aquéllas.

3. Las medidas previstas en el apartado anterior que se ordenen con carácter obligatorio, de urgencia o de necesidad, deberán adaptarse a los criterios expresados en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y, en su caso, en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.

4. Aquellas mercancías definitivamente retiradas del mercado por constituir un peligro para la salud o la seguridad de las personas, junto con las cautelarmente retiradas que sean perecederas, deberán ser desnaturalizadas o destruidas.

Artículo 77. *Inspección sanitaria.*

1. El personal que lleve a cabo funciones de inspección gozará de la condición de agente de la autoridad a todos los efectos, estará sometido a las Leyes y autorizado para:

a) Entrar libremente, y sin previa notificación en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto al ámbito de la presente Ley.

b) Llevar a cabo las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de la normativa vigente.

c) Tomar o sacar muestras para comprobar el cumplimiento de lo previsto en las disposiciones aplicables.

d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas para el cumplimiento de sus funciones de inspección, pudiendo adoptar las medidas provisionales necesarias a fin de evitar perjuicios para la salud en casos de urgente necesidad. En tales supuestos, dicho personal habrá de dar cuenta inmediata de las actuaciones realizadas a las autoridades sanitarias competentes, quienes deberán ratificar o dejar sin efecto dichas actuaciones, una vez tramitado el correspondiente procedimiento en los términos previstos en el Real Decreto 44/1996, de 19 de enero, por el que se adoptan medidas para garantizar la seguridad general de los productos puestos a disposición del consumidor.

2. Las actas y diligencias extendidas por el personal que lleve a cabo funciones de inspección tienen naturaleza de documentos públicos y se presumen ciertos los hechos que se consignen en las mismas, salvo prueba en contrario.

3. Las facultades de la inspección se ejercerán de modo proporcionado, perturbando sólo en lo imprescindible la actividad laboral y empresarial, y quedando aquélla obligada a guardar estricto sigilo profesional de la información que obtenga.

4. Cuando no pueda obtenerse información de otra manera, la Inspección sanitaria podrá requerir individualmente a cualquier persona o entidad privada para que facilite datos, informes o antecedentes obrantes en su poder y concernientes a otras personas o entidades, a efectos de la comprobación de acciones u omisiones supuestamente constitutivas de infracción administrativa.

5. Para el desarrollo de sus actuaciones, la Inspección sanitaria podrá solicitar el apoyo, concurso, auxilio y protección que le resulte precisa de cualquier otra autoridad o sus agentes, quienes estarán obligados a prestársela.

CAPÍTULO VI

Infracciones y sanciones

Artículo 78. *Infracciones.*

1. Constituyen infracciones sanitarias, las acciones u omisiones que contravengan las prescripciones establecidas en las Leyes que resulten de aplicación.

2. Las infracciones en materia de sanidad en la Comunidad Autónoma de Cantabria serán objeto de sanción administrativa, mediante el correspondiente procedimiento sancionador, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que pudiera concurrir.

3. Las infracciones se califican en esta Ley como leves, graves y muy graves.

Artículo 79. *Tipificación de las infracciones.*

1. Sin perjuicio de las que establezcan otras Leyes especiales, constituirán infracciones administrativas sanitarias las que a continuación se tipifican.

2. Son infracciones sanitarias leves:

a) Las simples irregularidades en el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública.

b) El incumplimiento de los requisitos, obligaciones o prohibiciones, establecidos en la normativa sanitaria vigente, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario y éste sea de escasa importancia.

c) La emisión o difusión al público de anuncios publicitarios o propaganda comercial por cualquier medio, con repercusión directa sobre la salud humana o con el fin de promover la contratación de bienes o servicios sanitarios, sin haber obtenido la correspondiente autorización administrativo-sanitaria.

d) La identificación falsa o contraria al principio de veracidad, en cuanto a los méritos, experiencia o capacidad técnica, del personal sanitario en su actividad profesional y en sus relaciones asistenciales con la población, salvo cuando merezca ser calificada como grave o muy grave.

e) El empleo, en la elaboración de alimentos, de ingredientes o materias primas de calidad inadecuada, o que superen los límites establecidos de gérmenes testigo de falta de higiene según las normas de calidad y reglamentaciones técnico-sanitarias vigentes.

f) El incumplimiento de las condiciones obligatorias de temperatura en las fases de transporte y almacenaje de alimentos así como el empleo de métodos de conservación inadecuados o el uso de materiales no autorizados para el envase y embalaje de alimentos, siempre que lo señalado en el presente apartado no implique un riesgo sanitario grave o muy grave.

g) La falta de respeto de las personas usuarias hacia el personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios que integran el conjunto del Sistema Autonómico de Salud.

3. Son infracciones sanitarias graves:

a) El incumplimiento de los requisitos obligaciones o prohibiciones, establecidos en la normativa sanitaria vigente, cuando suponga alteración o riesgo sanitario grave.

b) La utilización fraudulenta de registros o autorizaciones sanitarias.

c) La creación, construcción, modificación, adaptación o supresión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios sin haber obtenido las autorizaciones administrativas correspondientes con arreglo a la normativa que resulte de aplicación, así como el incumplimiento de las normas relativas al registro y acreditación de los mismos.

d) La preparación, distribución, suministro o venta de alimentos que contengan gérmenes patógenos, toxinas, parásitos, sustancias químicas o radioactivas, que superen los límites o tolerancias reglamentariamente establecidos, o cuando no existan éstos, supongan un riesgo sanitario grave para la salud de los consumidores.

e) La elaboración, distribución, suministro o venta de alimentos o productos alimenticios, cuando su presentación o etiquetado induzca a confusión sobre sus verdaderas características sanitarias o nutricionales, y el uso de sellos, marcas sanitarias o identificaciones falsas en cualquiera de las actuaciones citadas.

f) El incumplimiento, por parte del personal del Sistema Autonómico de Salud que en virtud de sus funciones deba tener acceso a la información relacionada con el estado individual de salud, del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas.

g) Dificultar o impedir el disfrute de cualesquiera de los derechos reconocidos en la presente Ley a los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios públicos y privados.

h) La utilización fraudulenta por el usuario de los recursos y prestaciones del Sistema Sanitario Público.

i) La grave desconsideración de las personas usuarias hacia el personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios que integran el conjunto del Sistema Autonómico de Salud.

j) El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas cautelares o definitivas que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzcan por primera vez.

k) La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a sus agentes, en el desarrollo de las labores de inspección o control sanitario.

4. Son infracciones sanitarias muy graves:

a) El incumplimiento de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria vigente, cuando produzca riesgo sanitario muy grave.

b) La preparación, distribución, suministro o venta de alimentos que contengan gérmenes patógenos, toxinas, parásitos, sustancias químicas o radioactivas, que superen los límites o tolerancias reglamentariamente establecidas, cuando ello suponga riesgo muy grave o sea causa de enfermedad de origen alimentario.

c) La promoción, venta, utilización o tenencia, para uso alimentario, de aditivos no autorizados por la normativa vigente; la utilización de aditivos para productos alimenticios diferentes a los previstos en la normativa, así como la utilización de aditivos en dosis superiores a las permitidas en las listas positivas de aditivos.

d) El desvío para el consumo humano de productos no aptos para ello o destinados específicamente para otros usos.

e) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, o la negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.

f) El incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas que adopten las autoridades sanitarias competentes cuando no constituya infracción grave.

g) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

Artículo 80. *Sanciones.*

1. Las sanciones deberán guardar la debida proporción con la gravedad del hecho constitutivo de la infracción, considerándose especialmente los siguientes criterios para la graduación de la sanción a aplicar:

a) La existencia de intencionalidad o reiteración.
b) La naturaleza de los perjuicios causados.
c) La reincidencia, por comisión en el término de un año de más de una infracción de la misma naturaleza cuando así haya sido declarado por resolución firme.

2. Las infracciones sanitarias tipificadas en los apartados precedentes serán sancionadas con multas, de conformidad con la siguiente graduación:

a) Infracciones leves:

Grado mínimo: Hasta 600 euros.
Grado medio: De 600,01 a 1.800 euros.
Grado máximo: De 1.800,01 a 3.000 euros.

b) Infracciones graves:

Grado mínimo: De 3.000,01 a 6.000 euros.
Grado medio: De 6.000,01 a 10.500 euros.
Grado máximo: De 10.500,01 a 15.000 euros, pudiendo rebasarse dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

c) Infracciones muy graves:

Grado mínimo: De 15.000,01 a 120.000 euros.
Grado medio: De 120.000.01 a 360.000 euros.
Grado máximo: De 360.000,01 a 600.000 euros, pudiendo rebasarse dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

3. En los supuestos de infracciones muy graves, podrá acordarse por el Gobierno de Cantabria el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, con los efectos laborales que determine la legislación correspondiente.
4. Las cuantías señaladas en el apartado 2 podrán ser revisadas y actualizadas periódicamente por el Gobierno de Cantabria, teniendo en cuenta la revisión del índice de precios al consumo.

Artículo 81. *Competencia sancionadora.*

1. Los órganos competentes en el ámbito de sus respectivas competencias, para la imposición de multas serán los siguientes:

a) Los Alcaldes, hasta 3.000 euros.
b) Los Directores Generales competentes por razón de la materia, desde 3.000,01 euros hasta 15.000 euros.
c) El Consejero competente en materia de sanidad, desde 15.000,01 euros hasta 360.000 euros.
d) El Gobierno de Cantabria, a partir de 360.000,01 euros.

2. La Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria podrá actuar en sustitución de los municipios en los supuestos y con los requisitos previstos en la legislación de Régimen Local, correspondiendo, en este caso, la competencia para sancionar a los Directores Generales competentes por razón de la materia.

Artículo 82. *Procedimiento.*

1. En el ámbito de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, el acuerdo de iniciación del procedimiento sancionador corresponderá a los Directores Generales competentes por razón de la materia.
2. Iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolver podrá adoptar, previa audiencia del interesado y mediante acuerdo motivado, las siguientes medidas provisionales, con objeto de asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera recaer y, en todo caso, el cumplimiento de la legalidad y salvaguarda de la salud pública:

a) La suspensión total o parcial de la actividad.
b) La clausura de centros, servicios, establecimientos o instalaciones.

c) La exigencia de fianza.

Artículo 83. *Cierres, suspensiones de funcionamiento y retiradas del mercado.*

La clausura o cierre de centros, servicios, establecimientos o instalaciones que no cuenten con las autorizaciones o registros sanitarios preceptivos, la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad, así como la retirada del mercado, precautoria o definitiva, de productos o servicios por las mismas razones, se acordará por la autoridad sanitaria competente, no teniendo estas medidas el carácter de sanción.

Artículo 84. *Prescripción y caducidad.*

1. Las infracciones y sanciones tipificadas en la presente Ley como leves prescriben a los dos años, las graves a los tres años y las muy graves a los cinco años. Las sanciones prescribirán, en todos los casos, a los cuatro años.
2. El cómputo de los plazos de prescripción, tanto para las infracciones como para las sanciones, se ajustará a lo previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
3. La acción para perseguir las infracciones caducará si, conocida por la Administración competente la existencia de una infracción y finalizadas las diligencias dirigidas al esclarecimiento de los hechos, o transcurrido el plazo de suspensión que en su caso se hubiese acordado, transcurriera un año sin que la autoridad competente hubiera ordenado incoar el oportuno procedimiento. A tal efecto, si hubiera toma de muestras, las actuaciones de la inspección se entenderán finalizadas después de practicado el análisis inicial.
4. El plazo máximo en el que debe notificarse la resolución expresa de los procedimientos sancionadores será de seis meses contados desde la fecha del acuerdo de iniciación. Transcurrido dicho plazo sin que hubiese sido notificada la correspondiente resolución, se producirá la caducidad del procedimiento.

TÍTULO VII

De la colaboración con la red sanitaria de titularidad privada

Artículo 85. *Colaboración con la iniciativa privada.*

La colaboración del Sistema Sanitario Público de Cantabria con la iniciativa privada se ajustará a lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Artículo 86. *Formalización y contenido.*

1. La formalización de los conciertos y demás fórmulas de colaboración con entidades, empresas o profesionales ajenos al Sistema Sanitario Público de Cantabria para la prestación de servicios sanitarios se realizará teniendo en cuenta los principios de complementariedad, optimización y adecuada coordinación en la utilización de recursos públicos y privados.
2. El contenido de dichos instrumentos vendrá dado de acuerdo con los protocolos que a tal efecto se establezcan.
3. También podrán establecerse conciertos u otras fórmulas de colaboración para la prestación de servicios con medios ajenos al Sistema Sanitario Público de Cantabria, en los casos de insuficiencia de la misma.

Artículo 87. *Efectos de los conciertos o de cualquier otra fórmula de colaboración con entidades privadas.*

La suscripción de conciertos o de cualquier otra fórmula de colaboración con entidades privadas, conllevará:

a) El desarrollo de todas las funciones propias de los centros sanitarios de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca.

b) El cumplimiento de las directrices y criterios de actuación establecidos por la Consejería competente en materia de sanidad o por el Servicio Cántabro de Salud y, específicamente, la satisfacción de los principios orientadores y objetivos establecidos en la presente Ley.

c) La satisfacción de las necesidades de información sanitaria y estadística que reglamentariamente se determinen, así como el sometimiento a las inspecciones y controles que procedan para verificar los aspectos de carácter sanitario asistencial, estructurales y económicos que se establezcan en tales instrumentos.

d) El cumplimiento de la normativa de homologación y acreditación referente a las actividades sanitarias motivo del concierto u otra fórmula de colaboración, incluyendo aquellas referidas a gestión económica y contable que se determinen.

Artículo 88. *Requisitos de las entidades o servicios para suscribir conciertos u otras fórmulas de colaboración con el Sistema Sanitario Público de Cantabria.*

1. Para la suscripción de conciertos u otras fórmulas de colaboración con el Sistema Sanitario Público de Cantabria, las entidades, centros y servicios deberán reunir los siguientes requisitos mínimos:

a) Homologación previa del centro o servicio.

b) Acreditación previa del centro o servicio.

c) Cumplimiento de la normativa vigente en materia fiscal, laboral y de Seguridad Social y de incompatibilidades.

d) Adecuación a cuantas disposiciones y normas afecten a los servicios sanitarios a prestar.

2. El régimen del concierto u otra fórmula de colaboración será incompatible con la percepción de subvenciones destinadas a la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto de los mismos, salvo para la realización de actividades sanitarias calificadas como de alto interés social.

Artículo 89. *Contenido de los conciertos u otras fórmulas de colaboración.*

Los conciertos u otras fórmulas de colaboración con entidades privadas recogerán necesariamente los siguientes aspectos:

a) Los servicios, recursos y prestaciones, señalándose los objetivos cuantificados que se pretenden alcanzar en lo relativo al volumen y calidad de las prestaciones y los límites del gasto.

b) La duración, causas de extinción y sistema de renovación y revisión.

c) La periodicidad del abono de las aportaciones económicas.

d) El régimen de acceso de los usuarios con derecho a la asistencia sanitaria pública a los servicios y prestaciones.

e) El régimen de inspección de los centros y servicios, quedando asegurada la sujeción de la entidad, centros y servicios a los controles e inspecciones que convengan para verificar el cumplimiento de las normas de carácter sanitario, administrativo, económico-contable y de estructura, que sean de aplicación.

f) Las formalidades a adoptar en caso de renuncia o de su rescisión.

g) Cuantos otros se determinen reglamentariamente.

Artículo 90. *Causas de denuncia o extinción del concierto u otras fórmulas de colaboración.*

El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos anteriores serán causas específicas de denuncia o extinción del concierto u otra fórmula de colaboración por parte de la Administración Sanitaria.

Artículo 90 bis. *Convenios singulares de vinculación.*

1. La colaboración con la red sanitaria privada se podrá articular a través de convenios singulares de vinculación con entidades sin ánimo de lucro, en los términos previstos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la presente Ley. La suscripción de

dichos convenios deberá realizarse teniendo en cuenta los principios de igualdad, subsidiariedad, complementariedad, optimización y adecuada utilización de los servicios públicos y privados, debiendo contribuir la vinculación a la finalidad social que preside el servicio público de salud y a la consecución de los objetivos de universalidad, solidaridad y eficiencia económica y presupuestaria.

2. El procedimiento de vinculación se iniciará de oficio por el titular de la Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud, previo informe sobre la concurrencia de circunstancias que hagan necesario acudir a la vinculación, memoria económica sobre el importe máximo del coste de la vinculación y certificado de crédito adecuado y suficiente. Asimismo, corresponderá al titular de la Dirección Gerencia, previo informe de la asesoría jurídica de la Consejería a la que se encuentre adscrito el Servicio Cántabro de Salud, aprobar la oportuna convocatoria que deberá recoger plazos, documentación a presentar, requisitos de participación y criterios de selección, así como las condiciones del convenio a suscribir, cuyo proyecto figurará como anexo. Dicha convocatoria será objeto de publicación en el “Boletín Oficial de Cantabria”.

3. Las solicitudes de las entidades que opten a suscribir el convenio serán valoradas por un comité cuya composición se determinará en la convocatoria. Dicho comité formulará una propuesta para su aprobación por el titular de la Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud, quien suscribirá el oportuno convenio con la entidad correspondiente, que deberá reflejar las condiciones previstas en la convocatoria con las mejoras, en su caso, ofertadas por los solicitantes.

4. Podrá prescindirse de la convocatoria pública cuando existan razones objetivas de planificación de recursos sanitarios, ya sea por motivos geográficos o de cartera de servicios, que justifiquen la suscripción del convenio con una concreta entidad, extremo que deberá acreditarse en el expediente mediante memoria técnica de la Subdirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud. En este supuesto el informe jurídico indicado en el apartado 2 recaerá sobre el proyecto de convenio singular y la propuesta será formulada por el titular de la Subdirección de Asistencia Sanitaria para su aprobación por el titular de la Dirección Gerencia.

5. Los convenios singulares de vinculación, que serán publicados en el “Boletín Oficial de Cantabria”, podrán tener una duración máxima de veinte años, incluida su eventual prórroga que no podrá exceder de cuatro años. Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Cántabro de Salud podrá modificar durante su vigencia las condiciones técnicas y económicas en la forma y plazos previstos en el propio convenio singular de vinculación.

Artículo 91. *Entidades colaboradoras.*

1. Tendrán carácter de entidades colaboradoras de la gestión sanitaria, con las obligaciones y cometidos que la legislación general les encomiende:

a) Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

b) Las empresas y asociaciones empresariales autorizadas para la colaboración en la asistencia sanitaria.

c) Las entidades aseguradoras de los regímenes de seguro escolar o deportivo.

d) Las entidades aseguradoras de los seguros libres de accidentes de tráfico.

e) Las entidades aseguradoras de los regímenes de asistencia sanitaria de los funcionarios públicos.

f) Cualesquiera otras previstas en la normativa vigente.

2. Las referidas entidades colaboradoras podrán establecer conciertos u otras fórmulas de colaboración admitidas en Derecho con el Servicio Cántabro de Salud.

TÍTULO VIII

De la docencia y la investigación sanitarias en el sistema autonómico de salud

Artículo 92. *La docencia en el Sistema Autonómico de Salud.*

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria deberá colaborar con la docencia pregraduada, postgraduada y continuada a los colectivos de profesionales de la Comunidad Autónoma de Cantabria y en el desarrollo de un sistema de aprendizaje permanente.

2. En la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del Sistema Autonómico de Salud se establecerá la colaboración permanente entre la Consejería competente en materia de sanidad y el resto de las Consejerías, en particular la competente en materia educativa.

3. La Consejería competente en materia de sanidad promoverá la formación continuada del colectivo de profesionales del Sistema Sanitario Público, con el fin de lograr su mayor y mejor adecuación a las prioridades que se establezcan en función de las necesidades de la población, y fomentará la utilización de nuevas tecnologías.

4. Las Consejerías competentes en materia de sanidad y de educación establecerán el régimen de los conciertos entre Universidades, centros de formación profesional sanitaria y las instituciones sanitarias de Cantabria o de otras Comunidades Autónomas en las que se debe impartir enseñanza sanitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la medicina, farmacia, enfermería y las enseñanzas técnico-profesionales relacionadas con las ciencias de la salud y otras enseñanzas que así lo requieran.

5. La Consejería competente en materia de sanidad garantizará un Sistema Autonómico de Acreditación de Formación Continuada de las profesiones sanitarias, de carácter voluntario con el fin de velar por la calidad de las actividades de formación continuada realizadas por los agentes públicos o privados.

Artículo 93. *La investigación en el Sistema Autonómico de Salud.*

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria tendrá como uno de sus ejes el fomento de las actividades de investigación sanitaria como elemento fundamental para su progreso y mejora de la calidad.

2. La investigación en ciencias de la salud deberá contribuir a la promoción de la salud de la población y considerará de forma especial la realidad sociosanitaria, las causas y mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, eficiencia y efectividad de las intervenciones.

3. La Consejería competente en materia de sanidad, sin perjuicio de las competencias que correspondan a otros órganos y entidades de la Comunidad Autónoma, deberá desarrollar las siguientes funciones:

a) Fomentar la investigación de calidad en las instituciones sanitarias.

b) Definir las prioridades de investigación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

c) Potenciar la investigación coordinada y multicéntrica.

d) Facilitar la difusión de la actividad investigadora.

e) Evaluar las investigaciones realizadas en el campo de las ciencias de la salud.

f) Potenciar una red de fondos documentales en ciencias de la salud.

4. La Consejería competente en materia de sanidad fomentará la coordinación en materia de investigación sanitaria con otras Instituciones, públicas o privadas, tanto de ámbito autonómico, nacional e internacional.

TÍTULO IX

De la Fundación «Marqués de Valdecilla»

CAPÍTULO I

Naturaleza y fines

Artículos 94 a 97.

(Derogados)

CAPÍTULO II

Organización

Artículos 98 a 101.

(Derogados)

CAPÍTULO III

El Instituto de Formación e Investigación «Marqués de Valdecilla»

Artículos 102 y 103.

(Derogados)

CAPÍTULO IV

Del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria

Artículos 104 y 105.

(Derogados)

Disposición adicional primera. *Integración del personal funcionario y laboral en la condición de personal estatutario.*

1. De conformidad con lo previsto en la disposición adicional sexta de la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, al objeto de homogeneizar las relaciones de empleo del personal de cada uno de los centros e instituciones sanitarias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria y con el fin de mejorar la eficacia de la gestión, el Gobierno de Cantabria podrá establecer el procedimiento y condiciones para la integración directa del personal funcionario de carrera o laboral fijo que preste servicios en tales centros o instituciones, en la condición de personal estatutario.

2. Asimismo, el Gobierno de Cantabria podrá establecer el procedimiento y condiciones para la integración directa del personal laboral temporal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria en la condición de personal estatutario temporal, en la modalidad que corresponda de acuerdo con la duración del contrato de origen.

3. Igualmente, el Gobierno de Cantabria podrá establecer el procedimiento y condiciones para la integración directa del personal funcionario interino de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria en la condición de personal estatutario temporal.

Disposición adicional segunda. *Integración de centros sanitarios en el Servicio Cántabro de Salud.*

El Gobierno de Cantabria, mediante decreto, podrá integrar en el Servicio Cántabro de Salud los centros, establecimientos y servicios sanitarios de naturaleza asistencial de la Administración de la Comunidad Autónoma o de las entidades vinculadas o dependientes de la misma que se determinen, y, en particular, el Hospital de la Santa Cruz de Liencres, el Centro de Salud Bucodental, el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, las

Unidades de Salud Mental, las Unidades de Atención Ambulatoria de Drogodependencias y el Hospital de Campoo.

Disposición adicional tercera. *Cobertura con carácter interino de puestos de trabajo de sanitarios titulares de equipos de atención primaria.*

(Derogada)

Disposición adicional cuarta. *Nuevas formas de gestión del Sistema Sanitario Público de Cantabria.*

De conformidad con lo previsto en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Cantabria, y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos de naturaleza sanitaria podrá llevarse a cabo directa o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. A tal efecto, el Gobierno de Cantabria podrá crear tales entidades, en el ámbito de sus competencias, y en el marco establecido por la normativa estatal.

Las entidades que, conforme a lo previsto en la Ley 15/1997, de 25 de abril, se creen para la gestión del Sistema Sanitario Público de Cantabria serán presididas por el Consejero competente en materia de sanidad. Los vocales y el secretario de sus órganos de gobierno serán designados por el Consejo de Gobierno a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad.

Disposición adicional quinta. *Adaptación de los estatutos de la Fundación «Marqués de Valdecilla».*

El Gobierno de Cantabria, en el plazo de seis meses, procederá a la adaptación a lo previsto en la presente Ley, de los estatutos de la Fundación «Marqués de Valdecilla» previstos en el Decreto 9/1998, de 9 de febrero.

Disposición adicional sexta. *Atribución patrimonial.*

1. Para el cumplimiento de los fines del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria, se atribuyen a la Fundación «Marqués de Valdecilla», como patrimonio propio, los bienes y derechos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria que, hasta la entrada en vigor de la presente Ley, gestionaba el Consejo Regional de Hemoterapia y el Banco de Sangre de Cantabria.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se llevará a efecto con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Cantabria 7/1986, de 22 de diciembre, de Patrimonio.

Disposición adicional séptima. *Concertación con entidades privadas.*

El Gobierno de Cantabria elaborará mediante Decreto los criterios que rijan la concertación con establecimientos, centros y servicios sanitarios y sociosanitarios de titularidad privada.

Disposición adicional octava. *Ampliación de la composición y funciones del Consejo Asesor de Salud de Cantabria.*

1. El Consejo Asesor de Salud de Cantabria, además de los miembros que determina el artículo 13.1 del Estatuto del Servicio Cántabro de Salud, aprobado por la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud, estará integrado por los siguientes vocales:

a) Dos representantes de las asociaciones de pacientes de Cantabria, nombrados a propuesta del órgano competente de la respectiva organización.

b) **(Derogada)**

2. Además de las funciones previstas en el artículo 14 del Estatuto del Servicio Cántabro de Salud, aprobado por la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 10/2001, de

28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud, el Consejo Asesor de Salud ejercerá las funciones de asesoramiento, formulación y control de la política sanitaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria, así como el seguimiento de la ejecución de las directrices de la política sanitaria y, con carácter más específico, las siguientes:

a) Velar para que las actuaciones de todos los servicios, centros y establecimientos sanitarios satisfagan las necesidades del Sistema Sanitario, se acomoden a la normativa sanitaria y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público.

b) Conocer e informar el anteproyecto del plan de salud y sus revisiones y adaptaciones y conocer el estado de su ejecución.

c) Conocer las modificaciones del mapa sanitario de la Comunidad Autónoma.

d) Conocer el anteproyecto de presupuesto de la Consejería competente en materia de sanidad.

Disposición adicional novena. *Subdirectores del Servicio Cántabro de Salud.*

Los Subdirectores del Servicio Cántabro de Salud serán nombrados por el Gobierno de Cantabria a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad.

Disposición adicional décima. *Estudio sobre estabilidad en el empleo.*

Por el Gobierno de Cantabria se elaborará un estudio sobre las categorías de personal estatutario temporal susceptibles, en su caso, de ser objeto de consolidación.

Disposición adicional undécima. *Plantillas orgánicas del Servicio Cántabro de Salud.*

Corresponde al Consejero competente en materia de sanidad la aprobación, modificación y supresión de las plantillas orgánicas de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.

Disposición adicional duodécima. *Observatorio de Salud Pública de Cantabria.*

Corresponde al Observatorio de Salud Pública de Cantabria, como centro de investigación integrado en la Fundación Marqués de Valdecilla, la realización de estudios, encuestas, informes y acciones formativas en materia de salud pública así como el soporte y la gestión de la investigación en materia de salud pública desde una perspectiva interdisciplinar que comprenda los factores epidemiológicos, alimentarios, preventivistas, educacionales, sociológicos, legales, económicos y cualesquiera otros determinantes del fenómeno sanitario.

A tal efecto, sus grupos de investigación podrán estar integrados por personal de la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria o bien, cuando así se celebre el oportuno convenio, por personal de otras instituciones.

Disposición adicional decimotercera. *Continuidad en el ejercicio de competencias en materia sanitaria por las entidades locales.*

1. Las competencias que, con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, se preveían como propias de los municipios en materia de participación en la gestión de la atención primaria de la salud, a las que se refiere la disposición transitoria primera de la mencionada Ley, continuarán siendo ejercidas por éstos de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley, en tanto no hayan sido asumidas por la Comunidad Autónoma de Cantabria en los términos que se fijen en las normas que regulen el sistema de financiación autonómica y de las haciendas locales al que quedarán referenciadas.

2. El resto de competencias en materia sanitaria atribuidas a las entidades locales por la legislación de la Comunidad Autónoma de Cantabria con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, continuarán siendo ejercidas por éstas, de conformidad con las previsiones de la presente Ley y de las restantes normas de atribución, en los términos establecidos en el artículo 7.2 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.

Disposición adicional decimocuarta.

A los efectos de la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, y de la restante normativa básica en la materia, la Fundación «Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla» (IDIVAL) tiene la consideración de organismo público de investigación de la Comunidad Autónoma de Cantabria y de agente de ejecución del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Disposición adicional decimoquinta. *Bancos de pruebas regulatorios en el ámbito de la innovación en salud.*

La Consejería competente en materia de salud podrá establecer bancos de pruebas regulatorios que permitan la ejecución de proyectos piloto de I+D+I en el ámbito de la innovación en salud, en el marco previsto en la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.

Disposición transitoria primera. *Procedimientos administrativos.*

Los procedimientos administrativos de todo tipo que se encuentren en tramitación a la entrada en vigor de la presente Ley, se resolverán de acuerdo con la normativa vigente en el momento de su iniciación.

Disposición transitoria segunda. *Vigencia normativa.*

En tanto no se proceda a la adaptación prevista en la disposición adicional quinta continuará en vigor el Decreto 9/1998, de 9 de febrero, sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición derogatoria de la presente Ley.

Disposición transitoria tercera. *Referencias normativas.*

Todas las referencias normativas al Banco de Sangre de Cantabria que subsistan tras la entrada en vigor de esta norma deberán entenderse hechas al Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria.

Disposición transitoria cuarta. *Sucesión de servicios y funciones.*

La constitución efectiva del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria como órgano dependiente de la Fundación «Marqués de Valdecilla» se realizará sin interrumpir en ningún caso los cometidos y funciones que vienen desarrollándose. Corresponderá al Gobierno de Cantabria, a través de las Consejerías correspondientes, determinar la ordenada sucesión de los correspondientes servicios y funciones.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

1. Quedan expresamente derogadas las siguientes normas:

a) El párrafo segundo del artículo 7, el párrafo primero del artículo 9, el párrafo segundo del artículo 13 y el párrafo primero del artículo 17 del Decreto 9/1998, de 9 de febrero, por el que se modifican los Estatutos de la Fundación «Marqués de Valdecilla».

b) El apartado dos de la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 13/1998, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas.

c) El Decreto 68/1988, de 10 de noviembre, por el que se crea el Consejo Regional de Hemoterapia de la Comunidad Autónoma de Cantabria y se regula su funcionamiento, y el de la Red Hemoterápica de Cantabria.

d) El Decreto 43/1990, de 11 de julio, por el que se modifica el Decreto 68/1988, de 10 de noviembre.

e) El Decreto 170/1991, de 23 de diciembre, por el que se reestructura el Consejo Regional de Hemoterapia de la Comunidad Autónoma de Cantabria y se regula su funcionamiento, y el de la Red Hemoterápica de Cantabria.

f) El Decreto 77/1997, de 14 de julio, por el que se regulan las competencias inspectoras y sancionadoras en materia de sanidad e higiene de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

g) El apartado 1 del artículo 11 del Estatuto del Servicio Cántabro de Salud, aprobado por la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud.

2. Asimismo, quedan derogadas todas aquellas disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a la presente Ley.

Disposición final primera. *Habilitación normativa.*

Se faculta al Gobierno de Cantabria para que adopte las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Cantabria».

§ 31

Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria

Comunidad Autónoma de Cantabria
«BOCT» núm. 120, de 22 de junio de 2006
«BOE» núm. 167, de 14 de julio de 2006
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2006-12691

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Conózcase que el Parlamento de Cantabria ha aprobado y yo, en nombre de Su Majestad el Rey, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 15.2.º del Estatuto de Autonomía para Cantabria, promulgo la siguiente Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria.

PREÁMBULO

I

Dentro de los principios rectores de la política social y económica, el artículo 43 de la Constitución Española consagra el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía, obligándose a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y los servicios necesarios. En desarrollo de esta previsión constitucional y al amparo de la competencia que, sobre las bases y coordinación general de la sanidad, el artículo 149.1.16.ª de la Constitución reserva al Estado, se han dictado diversas normas de carácter básico, entre las que cabe reseñar, de una parte, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y de otra, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, uno de los principios esenciales del sistema sanitario público es garantizar el acceso universal y equitativo a unas prestaciones de la máxima calidad y lo más amplias posibles. El sistema de listas, como instrumento de entrada común a los servicios, garantiza la equidad en el acceso a las prestaciones con el inconveniente de las esperas. Estas esperas, cuando son excesivas, suponen un sufrimiento añadido a un gran número de pacientes, pueden ocasionar un deterioro de su situación clínica y erosionan de forma grave la confianza de la ciudadanía en el sistema sanitario público.

El derecho a una asistencia sanitaria de calidad debe traducirse en la adopción de medidas que aborden de forma integral el fenómeno de las listas de espera. Estas medidas deben tender a aumentar la capacidad del sistema, tanto en recursos humanos como en infraestructura y nueva tecnología. Además, debe continuarse trabajando en la priorización

de las listas, en función de criterios explícitos relacionados con la gravedad del proceso, la probabilidad de mejora y las circunstancias sociales del o la paciente. Es necesario que se establezcan sistemas de información que deban permitir una clasificación rápida de pacientes y hacer posible la reevaluación de las personas incluidas en la lista de espera. Además, es imprescindible trabajar para superar el concepto de listas de espera compartimentadas, avanzar en el de espera para cada proceso clínico en su integridad, y proporcionar a la ciudadanía la necesaria información sobre la materia.

Sobre esta última cuestión, el artículo 9 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece el deber de los poderes públicos de «informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes», y su artículo 10.2, relativo a los derechos de la ciudadanía con respecto a las distintas Administraciones Públicas sanitarias, establece el derecho a la «información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso».

II

Desde la perspectiva autonómica, el Estatuto de Autonomía para Cantabria atribuye a la Comunidad Autónoma, en su artículo 25.3, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud y coordinación hospitalaria general, incluida la de la Seguridad Social. Asimismo, el artículo 26.1 otorga a la Comunidad Autónoma de Cantabria, en los términos que establezcan las leyes y las normas reglamentarias que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Una vez producido el traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud mediante Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre, y asumido por la Comunidad Autónoma de Cantabria mediante Decreto 3/2002, de 23 de enero, que los atribuye al Servicio Cántabro de Salud, se aprobó la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. Dicha norma legal regula el conjunto del sistema autonómico de salud, estableciendo en su artículo 26 los derechos relacionados con la información general sobre los servicios sanitarios. Asimismo, su artículo 25.3 establece el derecho de la ciudadanía a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de plazos previamente definidos y conocidos que serán establecidos reglamentariamente.

Sentadas estas premisas, la presente Ley persigue como objetivo el tratamiento coherente y realista de las denominadas listas de espera como una de las características inherentes a los sistemas sanitarios públicos de acceso universal y gratuito. Dicha cuestión, por su importancia en el sistema sanitario público y su repercusión en la ciudadanía, destinataria final del conjunto de las actuaciones de los poderes públicos, requiere y merece un tratamiento específico y global, a la vez que garantista, no sólo desde la perspectiva del establecimiento de medidas que aseguren tiempos máximos de respuesta, sino de la articulación de los tiempos máximos como un auténtico derecho subjetivo de la ciudadanía consagrado en una norma autonómica del máximo rango. Por otra parte, se pretende completar la legislación vigente añadiendo al derecho a la dispensación de prestaciones sanitarias en plazos previamente conocidos y definidos una consecuencia en caso de incumplimiento, articulándose a tal efecto un sistema de garantías en esta materia.

III

En relación con el contenido de la Ley, su título I se dedica a las disposiciones generales de la norma regulando su objeto, así como su ámbito subjetivo y objetivo de aplicación. Este último viene referido a tres ámbitos: procedimientos quirúrgicos, primeras consultas de atención especializada y pruebas diagnósticas especializadas, realizándose su concreta determinación conceptual y prestacional a los efectos de las garantías de la Ley.

El título II de la norma se dedica a la regulación de los tiempos máximos de respuesta y del sistema de garantías. En este sentido, se fijan legalmente los plazos máximos de atención sanitaria especializada, que podrán incluso ser rebajados por el Consejo de Gobierno en virtud de la habilitación contenida en la correspondiente disposición adicional. La norma recoge también la necesidad de aplicar y respetar criterios de priorización de listas de espera, estableciendo asimismo las causas de suspensión de los plazos máximos, el

reconocimiento de la garantía a través de la expedición del certificado y la extinción de aquélla.

Asimismo, en consonancia con el principio de transparencia que debe informar el conjunto del sistema sanitario público, se incorporan en el título III tres mecanismos informativos en materia de listas de espera de atención especializada. En primer lugar, la información que se hará pública por el Servicio Cántabro de Salud a través de medios telemáticos, y que estará igualmente disponible para las personas interesadas en las dependencias de dicho organismo. Un segundo instrumento de información viene constituido por el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, que se articula como herramienta de control y gestión de la demanda de atención sanitaria especializada programada y no urgente, incluida la prevista en el sistema de garantías de plazos máximos establecido en la presente Ley. Por último, la norma prevé la obligatoriedad de la elaboración de un informe anual que será presentado al Parlamento de Cantabria en el primer trimestre de cada año natural.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

La presente Ley tiene por objeto establecer un sistema de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público, de carácter programado y no urgente, así como establecer instrumentos de información en materia de lista de espera correspondiente a la atención especializada, atendiendo a criterios de transparencia, eficacia, racionalización, optimización de recursos y priorización.

Artículo 2. *Ámbito subjetivo de aplicación.*

1. Serán beneficiarias de las garantías establecidas en la presente Ley las personas que residan en la Comunidad Autónoma de Cantabria, dispongan de tarjeta sanitaria correspondiente al Servicio Cántabro de Salud y figuren inscritas en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria.

2. Las personas que no residan en la Comunidad Autónoma de Cantabria gozarán de dichos derechos en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.

Artículo 3. *Ámbito objetivo de aplicación.*

En los términos previstos en el artículo siguiente, las garantías previstas en la presente Ley serán de aplicación a los siguientes supuestos:

a) Procedimientos quirúrgicos, con prescripción no urgente establecida por un médico especialista quirúrgico y aceptada por el o la paciente, para cuya realización el hospital tenga previsto la utilización de quirófano. No resultará de aplicación la presente Ley a los o las pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en el que se establece la indicación quirúrgica, quedando asimismo excluidas las intervenciones quirúrgicas de carácter urgente, las de trasplante de órganos y tejidos y las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

b) Primeras consultas de asistencia especializada, programadas y en régimen ambulatorio que sean solicitadas por indicación de un médico de atención primaria para un médico de atención especializada, que sean efectuadas a un o una paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo y que no tengan la consideración de revisiones.

c) Pruebas diagnósticas especializadas que sean solicitadas por los facultativos que desempeñen sus funciones en una consulta programada ambulatoria de un centro de atención primaria o especializada del Servicio Cántabro de Salud, y que no tengan la consideración de pruebas de revisión o control evolutivo ni de despistaje.

Artículo 4. *Prestaciones objeto de garantía en la atención sanitaria especializada.*

1. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo a) del artículo 3, en intervención quirúrgica programada y no urgente están garantizados los procedimientos y técnicas en las siguientes especialidades:

a) Cirugía general.
b) Cirugía infantil.
c) Cirugía torácica.
d) Cirugía cardio-vascular.
e) Ginecología.
f) Neurocirugía.
g) Oftalmología.
h) Otorrinolaringología.
i) Traumatología y ortopedia.
j) Urología.

2. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo b) del artículo 3, en consulta externa programada y no urgente está garantizada la primera consulta en las siguientes especialidades:

a) Alergología.
b) Aparato digestivo.
c) Cardiología.
d) Cirugía general.
e) Dermatología.
f) Endocrinología y nutrición.
g) Hematología y hemoterapia.
h) Medicina interna.
i) Nefrología.
j) Neumología.
k) Neurocirugía.
l) Neurología.
m) Obstetricia y ginecología.
n) Oftalmología, excepto consultas de agudeza visual.
ñ) Oncología médica.
o) Otorrinolaringología.
p) Pediatría.
q) Psiquiatría.
r) Rehabilitación.
s) Reumatología.
t) Traumatología y ortopedia.
u) Urología.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo c) del artículo 3, quedan incluidas en las garantías de esta Ley las indicaciones de pruebas diagnósticas a realizar mediante:

a) Ecocardiogramas.
b) Ecografías.
c) Electroencefalogramas.
d) Endoscopias digestivas.
e) Endoscopias respiratorias.
f) Ergometría.
g) Holter cardíacos.
h) Mamografías.
i) Radiología digestiva.
j) Radiología genito-urinaria.
k) Radiología simple.
l) Resonancias magnéticas.
m) Tomografía axial computarizada.

TÍTULO II

Tiempos máximos de respuesta y sistema de garantías

Artículo 5. *Tiempos máximos de respuesta.*

1. En los términos de la presente Ley, los o las pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del sistema sanitario público de Cantabria, recibirán la misma en los siguientes plazos máximos:

a) Ciento ochenta días en el caso de procedimientos quirúrgicos.
b) Sesenta días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.
c) Treinta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas.

2. Los plazos a los que se refiere el apartado anterior se contarán por días naturales a partir del día siguiente al de la inscripción del o la paciente en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria.

Artículo 6. *Criterios de priorización de listas de espera.*

Sin perjuicio de los plazos máximos de respuesta previstos en el artículo anterior, se deberán respetar los criterios de priorización de pacientes en lista de espera en procedimientos quirúrgicos, primeras consultas y pruebas diagnósticas que se determinen en la normativa aplicable.

Artículo 7. *Causas de suspensión.*

1. El plazo máximo de respuesta en la atención sanitaria especializada quedará suspendido, mientras persista la causa que motive tal situación, en los siguientes supuestos:

a) A petición del o la paciente que, alegando motivos justificados, y sin renunciar a la atención sanitaria que se le oferte, solicite el aplazamiento de la intervención quirúrgica, consulta de especialista o prueba diagnóstica especializada.
b) Por concurrir causa clínicamente justificada que aconseje posponer la consulta de especialista, prueba diagnóstica especializada o intervención quirúrgica, sin que ello suponga un cambio en la indicación o en la necesidad de la atención sanitaria programada.
c) En caso de acontecimientos catastróficos, tales como terremotos, inundaciones, incendios o situaciones similares, guerras o revueltas, así como en caso de epidemias, huelgas y disfunciones muy graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.

2. Mientras dure la causa que motivó la suspensión el o la paciente figurará en situación de suspenso en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, practicándose a tal efecto el oportuno asiento.
3. En las causas de suspensión señaladas en el párrafo c) del apartado 1 del presente artículo corresponderá al titular de la Consejería competente en materia de sanidad, a propuesta del director gerente del Servicio Cántabro de Salud, dictar la resolución de suspensión, que habrá de resultar suficientemente motivada.

Artículo 8. *Sistema de garantías.*

1. En el momento de su inscripción en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, las personas beneficiarias tendrán derecho a elegir el centro sanitario donde ser atendidas dentro de la red de centros del Servicio Cántabro de Salud, en los términos previstos en el apartado 2 del artículo 28 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
2. Si no se produjera esta elección o ésta no fuera posible, las personas solicitantes obtendrán asistencia para los procedimientos quirúrgicos, las consultas externas y los procedimientos diagnósticos incluidos en el ámbito de aplicación de la presente Ley en los centros propios y, subsidiariamente, en los centros concertados del Servicio Cántabro de Salud en la forma que la Consejería competente en materia de sanidad establezca, priorizándose, en su caso, la asistencia en el centro asistencial de referencia del usuario, con sujeción en cada caso a criterios de organización y planificación asistencial.

3. Si la persona usuaria no hubiera obtenido asistencia dentro del plazo máximo de respuesta, podrá requerir la atención en un centro sanitario privado, autorizado al efecto en la forma que la Consejería competente en materia de sanidad establezca, sin que, en ningún caso, la asistencia pueda realizarse por personal que preste servicios en el sistema sanitario público de Cantabria.

4. En el supuesto previsto en el apartado 3 del presente artículo, el Servicio Cántabro de Salud estará obligado al pago de los gastos derivados de dicha atención sanitaria al centro elegido, con sujeción a las cuantías máximas que acuerde anualmente la Consejería competente en materia de sanidad.

Artículo 9. *Certificado de garantía.*

1. Transcurrido el tiempo máximo de respuesta al que se refiere el artículo 5 sin haber recibido la atención sanitaria indicada, el o la paciente podrá solicitar el reconocimiento del derecho a la garantía de atención sanitaria especializada previsto en la presente Ley, que se instrumentará a través de la expedición por el Servicio Cántabro de Salud de un certificado de garantía.

2. El certificado de garantía tendrá una vigencia de un año, contado desde la fecha de su expedición. Transcurrido el plazo de un año sin que la persona interesada haya hecho uso de su derecho, el Servicio Cántabro de Salud quedará exonerado del pago de los gastos derivados de la atención sanitaria especializada, en el supuesto de que ésta se llegase a prestar posteriormente por un centro sanitario privado.

3. El certificado de garantía será expedido por el Servicio Cántabro de Salud, en el plazo máximo de cinco días desde que la solicitud de la persona interesada tenga entrada en el registro del órgano competente.

4. El Servicio Cántabro de Salud estará facultado para dejar sin efecto el certificado concedido, si pudiera prestar la atención sanitaria requerida.

Artículo 10. *Extinción de la garantía.*

Serán causas de extinción del derecho a la garantía de atención sanitaria especializada:

a) El rechazo por parte del o la paciente, dentro del plazo máximo de respuesta que se fije para cada proceso, de la oferta a la que se refiere el artículo 8 de la presente Ley.

b) El establecimiento de la contraindicación o no necesidad de la atención sanitaria especializada que motivó su inclusión en el registro, según informe médico, aceptado por el o la paciente.

c) La falta de asistencia injustificada a la cita programada.

d) Solicitar tres veces el aplazamiento para recibir la atención sanitaria por la que está inscrito.

e) La caducidad del certificado de garantía.

f) No haber sido localizado para recibir la asistencia tras haberlo intentado de modo fehaciente.

g) En general, el incumplimiento por la persona beneficiaria de las obligaciones previstas en la normativa aplicable.

Artículo 11. *Gastos de desplazamiento.*

Los gastos de desplazamiento de pacientes que precisen recibir atención sanitaria especializada, programada y no urgente, en los tres supuestos previstos en esta Ley, fuera de la Comunidad Autónoma de Cantabria, así como los gastos de su acompañante, cuando se precise, y sus dietas correspondientes serán abonados por el Servicio Cántabro de Salud de acuerdo con las tarifas y en las condiciones que se fijen para dicho organismo.

TÍTULO III

Medios de información sobre listas de espera

Artículo 12. *Información sobre listas de espera.*

El Servicio Cántabro de Salud facilitará información trimestral, a través de su página web, a la que podrá tener acceso la ciudadanía, sobre el número de pacientes que figuran en las listas de espera de atención especializada programada y no urgente. Dicha información estará igualmente disponible en las dependencias del Servicio Cántabro de Salud.

Artículo 13. *Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria.*

1. Se crea el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, adscrito al Servicio Cántabro de Salud a través de la Subdirección competente en materia de asistencia sanitaria, en el que se inscribirán los y las pacientes que soliciten una atención sanitaria especializada de carácter programado y no urgente y que extiende su ámbito de aplicación a todos los centros hospitalarios adscritos al Servicio Cántabro de Salud, para el control y gestión de la demanda de atención sanitaria especializada programada y no urgente, incluida la prevista en el sistema de garantías de plazos máximos establecido en la presente Ley.

2. El Registro estará constituido por las personas a quienes el personal facultativo habilitado del Servicio Cántabro de Salud les haya prescrito recibir atención sanitaria especializada, programada y no urgente, en un centro sanitario adscrito a dicho organismo y no hayan recibido dicha atención, sin que haya concurrido alguna de las causas de baja en el mismo.

3. El Registro será único en la Comunidad Autónoma de Cantabria, si bien la gestión de las altas y bajas en el Registro se llevará de manera descentralizada por cada uno de los centros de gestión del Servicio Cántabro de Salud.

4. La inclusión de un o una paciente en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, previa remisión por el facultativo correspondiente, quedará formalizada, a todos los efectos, con la inscripción en el Registro que se realizará de forma automática por el propio centro, siendo la fecha de inclusión de la consulta externa o prueba diagnóstica la de indicación por el médico peticionario, o la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico. El o la paciente podrá disponer de un justificante de la misma, con el fin de acreditar su permanencia en lista de espera.

5. Serán causas de baja en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, las siguientes:

a) La satisfacción de la demanda de atención sanitaria especializada.

b) Las causas de la extinción del derecho de garantía conforme a lo previsto en los párrafos b), c) y f) del artículo 10 de la presente Ley.

c) La cancelación del asiento a solicitud expresa del interesado ante el centro de gestión del Servicio Cántabro de Salud que le dio de alta en el Registro.

d) El fallecimiento del interesado.

6. El Registro se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la restante normativa que resulte de aplicación.

7. El contenido y funcionamiento del Registro se fijará por la Consejería competente en materia de sanidad que, a tal efecto, implantará un sistema de indicadores desagregados por sexo y edad, que permita incorporar una perspectiva de género en el informe al que se refiere el artículo siguiente.

Artículo 14. *Informe anual.*

1. Por la Consejería competente en materia de sanidad se elaborará un informe anual de listas de espera que será presentado al Parlamento de Cantabria en el primer trimestre de cada año natural.

2. Dicho informe tendrá el siguiente contenido:

a) Los datos sobre el total de pacientes en listas de espera a las que se refiere la presente Ley.
b) Los tiempos medios de espera.
c) El número de pacientes que han utilizado centros privados no concertados por superación de los tiempos máximos garantizados por esta Ley.
d) Las medidas correctoras encaminadas a mejorar la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público para evitar la superación, si la hubiera, de los referidos tiempos máximos de respuesta.

Disposición adicional primera. *Plazos inferiores de respuesta.*

El Consejo de Gobierno podrá establecer plazos máximos de respuesta inferiores a los previstos en la presente Ley.

Disposición adicional segunda. *Ampliación de prestaciones garantizadas.*

Se faculta al Consejo de Gobierno para ampliar las prestaciones objeto de garantía previstas en el artículo 4 de la presente Ley.

Disposición transitoria primera. *Inscripción en el Registro.*

1. La inscripción en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria comenzará a partir del día siguiente de la efectividad de las garantías a la que se refiere la disposición transitoria segunda.
2. El Servicio Cántabro de Salud realizará de oficio la inscripción en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria de aquellas personas usuarias que, a la fecha de efectividad de la aplicación de las garantías, se encontrasen en espera de atención sanitaria especializada objeto de la garantía.

Disposición transitoria segunda. *Aplicación progresiva de las garantías.*

1. Con el fin de llevar a cabo una progresiva aplicación del sistema previsto en la presente Ley se establecen los períodos transitorios que se indican en los párrafos siguientes, una vez transcurridos los cuales se producirá la efectividad de las garantías en los siguientes términos:

a) En relación con la efectividad de la garantía de primeras consultas de especialista, se establece un período transitorio de seis meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.
b) En relación con la efectividad de la garantía de pruebas diagnósticas, se establece un período transitorio de ocho meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.

2. La efectividad de la garantía en relación con los procedimientos quirúrgicos se producirá en todo caso el día de la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango cuyo contenido se oponga a la presente Ley.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.*

Se modifica el artículo 25.3 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, que pasa a tener la siguiente redacción:

> «3. La ciudadanía tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de los plazos previamente definidos y conocidos. Asimismo, las personas usuarias tienen derecho, en los términos previstos en la legislación vigente, al reconocimiento de un sistema de garantías de tiempos máximos de respuesta en

atención especializada y a disponer de información sobre las listas de espera en atención especializada.»

Disposición final segunda. *Desarrollo reglamentario.*

Se faculta al Consejo de Gobierno para llevar a cabo el desarrollo reglamentario previsto en la presente Ley.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Cantabria».

§ 32

Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León

Comunidad de Castilla y León
«BOCL» núm. 173, de 7 de septiembre de 2010
«BOE» núm. 235, de 28 de septiembre de 2010
Última modificación: 6 de marzo de 2023
Referencia: BOE-A-2010-14848

Sea notorio a todos los ciudadanos que las Cortes de Castilla y León han aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que se establece en el artículo 25.5 del Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La Constitución Española reconoce, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de la prestación de servicios necesarios, estableciendo al mismo tiempo que los derechos y deberes de todos al respecto se regularán mediante Ley.

El contenido, por tanto, del derecho a la salud ha de establecerse mediante Ley, en el marco de las competencias que corresponden al Estado y a las Comunidades Autónomas, de acuerdo con la distribución constitucional (artículos 148.1.21.ª y 149.1.16.ª y 17.ª) y con lo que establezcan los Estatutos de Autonomía.

En desarrollo de este mandato constitucional se dictó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece las bases y la coordinación general de la sanidad en España. Este marco legal se completa con la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, que faculta a las distintas Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, a adoptar medidas de intervención sanitarias excepcionales cuando así lo exijan razones de urgencia o necesidad.

En el ámbito definido por la asunción de competencias en el Estatuto de Autonomía, en materia de sanidad e higiene y la legislación básica estatal, se dicta la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario, que tiene por objeto la regulación general de las actividades sanitarias en la Comunidad de Castilla y León, la constitución del Sistema de Salud de Castilla y León y la creación de la Gerencia Regional de Salud, como instrumento institucional para la gestión de las competencias y recursos que se le encomienden.

Han transcurrido ya más de quince años desde que se dictó la actual Ley de Ordenación del Sistema Sanitario y en este tiempo se han sucedido importantes leyes sectoriales de carácter básico: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los

Servicios de Salud; Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; que, como superación de la Ley General de Sanidad, tiene por objeto establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas Sanitarias en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Leyes estas de carácter estatal que han tenido su corolario en la Comunidad Autónoma, en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud y la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

Al mismo tiempo, se han materializado las transferencias del Instituto Nacional de la Salud, efectuadas por Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, con efectos de uno de enero de 2002.

Ahora bien, ni siquiera la existencia de todas estas normas de carácter básico estatal y de la propia Comunidad Autónoma, justifica la necesidad de una nueva Ley, tanto como el cambio operado en nuestro Estatuto de Autonomía que hace necesaria la modificación de la orientación de la Ley, de ordenadora del sistema sanitario a garante del derecho a la protección integral de la salud.

El Estatuto de Autonomía de Castilla y León establece un catálogo de derechos y principios rectores de las políticas públicas, con técnica jurídica similar a la Constitución Española. Reconoce en su artículo 13, bajo el epígrafe de derechos sociales, el derecho a la salud, definido como el derecho a la protección integral de la salud y encomienda a los poderes públicos velar para que este derecho sea efectivo. A continuación, enumera los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario y establece una especial protección a los grupos reconocidos sanitariamente como de riesgo.

En cuanto a la protección de los derechos, el artículo 17 establece, tanto garantías normativas, puesto que su regulación esencial ha de hacerse por Ley, como judiciales en cuanto que son exigibles en la jurisdicción ordinaria en las condiciones legalmente establecidas.

Por otro lado, la Comunidad Autónoma asume competencia exclusiva, sin perjuicio de las facultades reservadas al Estado, sobre las funciones en materia de sanidad y salud pública y de bases y coordinación estatal de la sanidad, en el artículo 74 del Estatuto de Autonomía. Asimismo, la Comunidad de Castilla y León ostenta competencias exclusivas en las materias de organización, régimen y funcionamiento de sus instituciones de autogobierno; en estructura y organización de la Comunidad; en investigación científica y técnica; en fomento y desarrollo de la investigación; en desarrollo e innovación en coordinación con la investigación científica y técnica estatal, conforme a lo previsto en los apartados 1.º, 2.º y 23.º del artículo 70.1 del Estatuto de Autonomía.

Por tanto, la Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León nace del mandato estatutario a los poderes públicos de hacer efectivo el derecho a la protección integral de la salud. Es una Ley de clara vocación generalista, que deja en vigor las Leyes sectoriales específicas de la Comunidad, tales como la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud; la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. Así mismo, es una Ley general que se dicta en sustitución de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León.

II

Como novedades más importantes, destacan, en primer lugar, la integración en el objeto de la Ley del concepto amplio de salud, superando la vieja distinción entre atención sanitaria individual y salud pública colectiva.

Por otro lado, el cambio de orientación de la Ley, de ordenadora del Sistema de Salud al de reconocedora de derechos y sus garantías, motiva que se amplíen estas para dotarlas de efectividad jurídica con la creación de una nueva figura, el Defensor de los Usuarios, encargado de la defensa de los derechos de las personas en relación con la salud. En el ejercicio de sus funciones, el Defensor del Usuario del Sistema de Salud, podrá formular propuestas, recomendaciones y sugerencias.

Así mismo, en cuanto a la ordenación funcional del Sistema de Salud, se incluyen las prestaciones de salud pública cuyas funciones y actividades se llevarán a cabo en las demarcaciones sanitarias y en coordinación con los niveles de atención primaria y especializada. Se da relevancia a la prestación de atención sociosanitaria por ser un mandato de nuestro Estatuto de Autonomía la especial protección de las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, que tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales. La Ley prevé la aprobación de un plan sociosanitario.

En el ámbito de la ordenación territorial, se crean las demarcaciones sanitarias como estructuras de ordenación territorial en las que se desarrollarán las funciones de inspección y control oficial incluidas en la prestación de salud pública. Estas demarcaciones se configurarán tomando como referencia las zonas básicas de salud ya que se formarán agrupando varias de ellas.

Se crea un nuevo órgano de asesoramiento, el Consejo Asesor Científico-Técnico de Sanidad formado por profesionales de reconocido prestigio, en el marco del respeto y el protagonismo más absoluto de nuestros valiosos profesionales.

Así mismo, se incrementa la participación de los ciudadanos en el Sistema de Salud a través de los foros virtuales y se fomenta la participación en la realización de actividades sanitarias de forma solidaria y altruista a través de entidades de voluntariado.

III

La Ley se estructura en un Título Preliminar y diez Títulos más.

El Título Preliminar determina el objeto de la Ley, la protección integral de la salud y la ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León y los principios rectores de los poderes públicos. Además de los principios ya clásicos, de la universalización en la atención sanitaria y la financiación pública del Sistema Público de Salud, merece destacar como novedad la corresponsabilidad de los usuarios en la gestión de los recursos públicos, la complementariedad de los recursos privados para facilitar las prestaciones a los usuarios del Sistema Público de Salud, que será desarrollado en el Título VIII «Las relaciones con la iniciativa privada». También merece ser destacado el reconocimiento y la motivación de todos los trabajadores del ámbito de la salud que, si bien no tiene desarrollo en esta Ley, constituye un principio informador de los poderes públicos tan ampliamente regulado en la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. Este Estatuto ha situado en el centro del sistema a este colectivo tan numeroso para el que se impulsa en el Título VII la formación y la investigación, en el marco de las instituciones sanitarias y en colaboración con otras instituciones.

El Título I, «Los usuarios del Sistema de Salud de Castilla y León», define quiénes son los sujetos de los derechos y deberes en el sistema de salud y remite su aplicación a la Ley autonómica reguladora de derechos y deberes de las personas en relación con la salud, Ley 8/2003, de 8 de abril, que los reconoce de forma exhaustiva y reglamentista. No obstante, se da un paso más en la protección de los mismos, creando la figura del Defensor del Usuario del Sistema de Salud de Castilla y León.

El derecho a la salud es un derecho de carácter prestacional que obliga a la Administración a crear y planificar estructuras y dotarlas de competencias, organizar recursos tanto materiales como personales, para hacer efectivo ese derecho. El modelo organizativo del Sistema de Salud es el que se regula en el Título II, «Competencias en materia de sanidad», en el Título III, «El Sistema Público de Salud de Castilla y León», en el Título IV, «El Servicio de Salud de Castilla y León», en el Título VI, «Planificación, Calidad y Acreditación», y en el Título VIII, «Las relaciones con la iniciativa privada».

Dentro del Título III, «Sistema Público de Salud de Castilla y León», la ordenación territorial del sistema se articula en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, Demarcaciones sanitarias y otras divisiones territoriales que puedan crearse en el futuro. Esta organización configura el mapa sanitario de Castilla y León.

En estas estructuras se integran y ordenan los niveles de Atención Primaria y Especializada, Salud Pública y Atención Sociosanitaria.

Como instrumentos para la planificación y dirección del Sistema de Salud, se regulan el Plan de Salud y las estrategias regionales relacionadas con la salud, orientando la política sanitaria hacia la excelencia y mejora continua, Título VI, «Planificación, Calidad y Acreditación».

El Título IV regula el Servicio de Salud de Castilla y León, denominado Gerencia Regional de Salud, organismo autónomo creado para la administración y gestión de centros, servicios y prestaciones que le encomiende la Comunidad Autónoma.

El Título V, «Participación y asesoramiento en el Sistema de Salud de Castilla y León», promueve la participación de las organizaciones sindicales, empresariales, de los consumidores y asociaciones de pacientes en los órganos de carácter consultivo por excelencia del Sistema de Salud: Consejo Castellano y Leonés de Salud, Consejo de Salud de Área y Consejo de Salud de Zona. Como novedad, se fomenta la participación de los ciudadanos en foros virtuales y el voluntariado en el ámbito de la salud.

El Título VII, «Formación e Investigación». En reconocimiento a los profesionales del Sistema Público de Salud se promueve la formación continuada, la carrera profesional y la evaluación de las competencias. Se fomenta la investigación con el fin de mejorar la salud de la población y se facilita la cooperación con otras instituciones como las universidades y el Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud.

Tanto el Título IX, «Intervención pública en materia Sanitaria» como el Título X, «Régimen sancionador», materializan el necesario ejercicio de la potestad de la Administración de control y limitación de las actividades públicas o privadas, con la finalidad de garantizar derechos de los ciudadanos en el Sistema de Salud.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

1. La presente Ley tiene por objeto establecer el marco legal de las acciones que permitan hacer efectivo el derecho, constitucionalmente reconocido, a la protección integral de la salud, al amparo del artículo 13.2 del Estatuto de Autonomía, así como la ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

2. El Sistema de Salud de Castilla y León comprende el conjunto de actuaciones y recursos públicos y privados, cuya finalidad es la promoción y protección de la salud en todos sus ámbitos, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación, todo ello bajo una perspectiva de asistencia sanitaria integral.

Artículo 2. *Principios rectores.*

Son principios rectores del Sistema de Salud los siguientes:

a) La concepción integral de la salud, que incluirá actuaciones sobre todos los factores determinantes de la misma en los campos de la promoción, protección, prevención asistencia y rehabilitación.

b) La conservación y mejora de la salud de las personas, correspondiendo a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública.

c) La humanización de la asistencia sanitaria y la atención personalizada al paciente.

d) La universalización de la atención sanitaria prestada por el Sistema Público de Salud, que garantice la igualdad efectiva en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias y la equidad en la asignación de los recursos.

e) El principio de accesibilidad o de igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias de colectivos especialmente vulnerables.

f) La superación de las desigualdades socioeconómicas y la eliminación de los desequilibrios territoriales.

g) El pleno respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad de las personas, a la diversidad étnica, cultural, religiosa o de género, en todo el ámbito sanitario.

h) El principio de igualdad de mujeres y hombres en las políticas, estrategias y programas de salud, evitando especialmente cualquier discriminación en las actuaciones sanitarias.

i) La participación de trabajadores, asociaciones representativas de usuarios, pacientes y familiares en el Sistema Público de Salud.

j) La responsabilidad y participación del colectivo de profesionales en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados.

k) El reconocimiento y la motivación de los profesionales del Sistema de Salud.

l) La integración funcional y la coordinación efectiva de todos los recursos sanitarios públicos.

m) El aseguramiento y la financiación públicos del Sistema Público de Salud de Castilla y León, desde la corresponsabilidad de los usuarios y eficiencia de los recursos existentes.

n) La complementariedad de los medios y de las actividades privadas para facilitar las prestaciones a los usuarios del Sistema Público de Salud.

o) La acreditación y la evaluación continua de los recursos y servicios públicos y privados del sistema, así como del desempeño asistencial de los profesionales.

p) La mejora continua de la calidad y la seguridad de los servicios y actuaciones.

q) La modernización de los sistemas de información sanitarios, como garantía de una atención integral y eficaz.

r) El impulso y potenciación de la formación continuada.

s) La colaboración en la docencia, promoviendo la investigación biomédica, biosanitaria, tecnológica y psicosocial en el marco de las propias instituciones sanitarias y de investigación, con el apoyo de otras instituciones.

t) La descentralización y la desconcentración en la gestión del Sistema Público de Salud.

u) La racionalización de la organización y la simplificación administrativa del Sistema Público de Salud de Castilla y León.

v) La cooperación y coordinación en el marco del Sistema Nacional de Salud, la Unión Europea y los organismos sanitarios internacionales.

TÍTULO I

Los usuarios del Sistema de Salud de Castilla y León

Artículo 3. *Titulares de los derechos y deberes en relación con la salud.*

1. Son titulares de los derechos y deberes previstos en esta Ley:

a) Aquellas personas que tengan su residencia en cualquiera de los municipios de Castilla y León y, de acuerdo con lo que disponga la legislación estatal, los españoles y extranjeros que residan en cualquier otro municipio del territorio español.

b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, en los términos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios suscritos por el Estado Español que les sean de aplicación.

c) Los nacionales de los estados que no pertenecen a la Unión Europea, en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios suscritos.

2. Sin perjuicio de lo previsto anteriormente, se garantizará a todas las personas la atención en situación de urgencia y emergencia independientemente de su situación administrativa.

Artículo 4. *Derechos y deberes de los usuarios del Sistema Público de Salud de Castilla y León.*

1. La Administración sanitaria velará por el cumplimiento de los derechos y deberes en relación con la salud de las personas reconocidos en la Constitución Española y el Estatuto de Autonomía de Castilla y León, en los tratados y acuerdos internacionales ratificados por el Estado Español y las restantes normas del Ordenamiento Jurídico, en especial en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud en la Comunidad de Castilla y León.

2. La Administración sanitaria promoverá la creación, el adecuado funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética Asistencial.

Artículo 5. *El Defensor del Usuario del Sistema de Salud de Castilla y León.*

1. El Defensor del Usuario del Sistema de Salud de Castilla y León es un órgano adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, encargado de la defensa de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud, sin perjuicio de las competencias atribuidas al Procurador del Común. La constitución, funcionamiento y organización de este órgano se desarrollará reglamentariamente.
2. Para el ejercicio de sus funciones, el Defensor del Usuario podrá requerir la colaboración e información que estime oportuna de los centros y servicios del Sistema de Salud.
3. A la vista de las actuaciones que lleve a cabo, el Defensor del Usuario podrá formular propuestas, recomendaciones y sugerencias, que no tendrán carácter ejecutivo.
4. Sin perjuicio de la naturaleza consultiva, el Defensor del Usuario se concibe como un órgano independiente en el seno de la Consejería competente en materia de sanidad.
5. El Defensor del Usuario será nombrado y cesado por la Junta de Castilla y León, a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad, entre personas de reconocido prestigio en el ámbito sanitario o jurídico-sanitario. El desempeño de las funciones del Defensor del Usuario se desarrollará en régimen de dedicación exclusiva y a su titular le será aplicable el régimen de incompatibilidades de altos cargos de la Comunidad de Castilla y León.

TÍTULO II

Competencias en materia de sanidad

Artículo 6. *Competencias de la Junta de Castilla y León.*

Corresponden a la Junta de Castilla y León, en los términos establecidos en la presente Ley, las siguientes atribuciones:

a) Definir la política sanitaria del Sistema de Salud de Castilla y León, para hacer efectivo el derecho a la protección integral de la salud de las personas.
b) Desarrollar la legislación sanitaria, en el ejercicio de la potestad reglamentaria.
c) Aprobar el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.
d) Aprobar las Estrategias Regionales relacionadas con la salud, cuando hayan de ser ejecutadas por varias Consejerías de la Administración General de la Comunidad de Castilla y León.
e) Aprobar la creación de nuevas Áreas de Salud y la modificación de las Áreas de Salud existentes, cuando los cambios alteren los límites provinciales.
f) Aprobar la cartera de servicios del Sistema Público de Salud de Castilla y León, sin perjuicio de las competencias atribuidas para su actualización a la Consejería competente en materia de sanidad.
g) Ejercer las competencias sancionadoras y de intervención pública, en los términos previstos en la presente Ley.
h) Aprobar la estructura orgánica de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
i) Nombrar y cesar al Director Gerente y a los titulares de los órganos directivos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, así como nombrar y cesar al Defensor del Usuario del Sistema de Salud de Castilla y León.
j) Autorizar la constitución de consorcios u otras entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas, para la gestión, administración y ejecución de actuaciones, prestaciones, programas, centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Público de Salud de Castilla y León.
k) Cualquier otra que le sea atribuida por la presente Ley y por el ordenamiento jurídico.

Articulo 7. *Competencias de la Consejería competente en materia de sanidad.*

Corresponden a la Consejería competente en materia de sanidad, en el marco de la política sanitaria definida por la Junta de Castilla y León, las siguientes atribuciones:

a) El establecimiento de los criterios, directrices y prioridades, en función de las necesidades, de la política en materia de salud de la Comunidad de Castilla y León.

b) La elaboración de la planificación, dirección, organización, coordinación, control y evaluación del Sistema Público de Salud de Castilla y León. Igualmente ejercerá la dirección, planificación, control y tutela de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

c) La elaboración y propuesta del Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León.

d) La elaboración de las Estrategias Regionales relacionadas con la salud, cuando hayan de ser ejecutadas por varias Consejerías de la Administración General de la Comunidad de Castilla y León.

e) La aprobación de las Estrategias Regionales cuando hayan de ser ejecutadas por la Consejería competente en materia de sanidad o las entidades adscritas a la misma.

f) La realización sistemática de acciones para la educación sanitaria de la población, la promoción de hábitos saludables, la prevención de la enfermedad, la prevención de los riesgos y de las amenazas para la salud.

g) El establecimiento de la estructura básica y las características que ha de reunir el sistema de información sanitaria del Sistema de Salud de Castilla y León, a los efectos de garantizar un adecuado soporte de las decisiones que afecten al sistema. En particular, le corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad el establecimiento de los registros y sistemas de análisis específicos de la información del Sistema de Salud de Castilla y León.

h) La definición, impulso, establecimiento y desarrollo del Sistema Integrado de Información Sanitaria, sin perjuicio de las competencias de dirección y coordinación de la actividad estadística que ostenta la Consejería competente en materia de estadística.

i) El desarrollo y mantenimiento de los registros y de los sistemas de vigilancia e intervención epidemiológica necesarios para el conocimiento y actuación sobre los determinantes de la salud y de las enfermedades y promoverá que los datos contenidos en los sistemas mencionados estén desagregados por sexo.

j) La propuesta de creación de nuevas Áreas de Salud.

k) La propuesta de modificación de los límites de las Áreas de Salud existentes, cuando los cambios alteren los límites provinciales.

l) La aprobación de modificaciones de los límites de las Áreas de Salud, cuando los cambios no alteren los límites provinciales.

m) La aprobación de creación y modificaciones de las Zonas Básicas de Salud.

n) La aprobación de creación de las Demarcaciones Sanitarias, su definición, delimitación, desarrollo, estructura y modificación.

o) La aprobación de creación de otras divisiones territoriales previstas en el artículo 17 de la presente Ley para mejorar la eficacia y la eficiencia en las prestaciones sanitarias y facilitar la accesibilidad de los ciudadanos a las mismas.

p) La actualización de la cartera de servicios.

q) El ejercicio de las competencias sancionadoras y de intervención pública, a través de las medidas de control y limitación previstas en la presente Ley.

r) La acreditación, autorización, seguimiento, control y evaluación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados.

s) El establecimiento de las directrices y estándares mínimos y comunes de calidad para todo el Sistema Público de Salud y el fomento del desarrollo de la política de calidad en todo el Sistema de Salud.

t) El impulso, fomento y promoción de la investigación biomédica, biosanitaria y tecnológica y de la formación sanitaria así como la colaboración y cooperación con las Universidades, organismos públicos de investigación y demás entidades públicas o privadas en estas áreas.

u) Elevar a la Junta de Castilla y León, para su aprobación, la propuesta de estructura orgánica de la Gerencia Regional de Salud.

v) La propuesta de nombramiento y cese del Director Gerente y de los titulares de los directores generales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, así como la propuesta de nombramiento y cese del Defensor del Usuario del Sistema de Salud de Castilla y León.

w) Cualquier otra que la sea atribuida por la presente Ley y por el ordenamiento jurídico.

Artículo 8. *Competencias de las Corporaciones Locales.*

1. Con carácter general, en el marco de las políticas sanitarias definidas por la Junta de Castilla y León, corresponde a las Corporaciones Locales ejercer las competencias en materia sanitaria y prestar los servicios mínimos obligatorios de naturaleza sanitaria que tienen atribuidas por la legislación de régimen local y demás normativa sectorial de aplicación.

2. En particular corresponde a los Ayuntamientos:

a) El ejercicio de las competencias sancionadoras y de intervención pública en los términos previstos en la presente Ley.

b) La construcción, conservación y mantenimiento de los consultorios locales.

c) Participar en los órganos de dirección de las áreas de salud, en los términos que establezca la presente Ley y en la normativa básica estatal.

d) El ejercicio de las competencias en materia de control sanitario y de salubridad que tengan atribuidas por el ordenamiento jurídico.

3. Para el desarrollo de sus funciones, los Ayuntamientos deberán actuar de forma coordinada con el personal y los medios de los que disponga la Administración sanitaria de la Comunidad de Castilla y León, en la forma que reglamentariamente se establezca.

TÍTULO III

El Sistema Público de Salud de Castilla y León

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 9. *Sistema Público de Salud.*

El Sistema Público de Salud de Castilla y León comprende el conjunto de actuaciones y recursos públicos de la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma y de las Corporaciones Locales, cuya finalidad es la promoción y protección de la salud en todos sus ámbitos, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación, todo ello bajo una perspectiva de asistencia sanitaria integral.

Artículo 10. *Acceso de los usuarios a las prestaciones del Sistema Público de Salud.*

El acceso de los usuarios a las prestaciones del Sistema Público de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual emitida por la Administración sanitaria de la Comunidad, en el caso de los residentes en Castilla y León; los no residentes accederán a través de las tarjetas sanitarias emitidas por cualquiera de las Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas o mediante la presentación de la documentación a tal efecto establecida en la legislación y los convenios nacionales e internacionales de aplicación.

Artículo 11. *Prestaciones sanitarias.*

En el desarrollo de sus funciones, y sin perjuicio de las competencias de otras Administraciones, la Consejería competente en materia de sanidad, a través del Sistema Público de Salud de Castilla y León, garantizará a los ciudadanos las prestaciones de atención sanitaria aprobadas y vigentes en cada momento, constituidas por los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos, que incluyen:

a) Prestaciones de salud pública.
b) Prestación de atención primaria.
c) Prestación de atención especializada.
d) Prestación de atención sociosanitaria, que será compartida con los servicios sociales.
e) Prestación de atención de urgencia.
f) Prestación farmacéutica.
g) Prestación ortoprotésica.
h) Prestación de productos dietéticos.
i) Prestación de transporte sanitario.

Artículo 12. *Cartera de servicios del Sistema Público de Salud de Castilla y León.*

1. Las prestaciones de atención sanitaria se hacen efectivas a través de la cartera de servicios del Sistema Público de Salud de Castilla y León, que es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales, cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y la experimentación científica.

2. La Administración de la Comunidad de Castilla y León, en los términos establecidos en los artículos 6 y 7 de esta Ley, establecerá su respectiva cartera de servicios, que incluirá cuando menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

3. La inclusión de una nueva técnica, tecnología o procedimiento en la cartera de servicios serán sometidos a evaluación por la Consejería competente en materia de sanidad, directamente o a través de entidades vinculadas, y en colaboración con otros órganos evaluadores.

CAPÍTULO II

Ordenación territorial

Artículo 13. *Disposiciones generales.*

1. El Sistema Público de Salud de Castilla y León se organiza territorialmente en Áreas de Salud, Zonas Básicas de Salud, Demarcaciones Sanitarias y en aquellas otras divisiones territoriales que, en función de lo establecido en el artículo 17 de la presente ley, pudieran crearse. El conjunto de estas organizaciones territoriales se denomina mapa sanitario de Castilla y León, que es el instrumento esencial para la ordenación, planificación y gestión del Sistema Público de Salud de la Comunidad, y que deberá adecuarse, respecto al ámbito rural, al mapa de unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rurales previstas en la normativa de ordenación del territorio.

2. En el marco de la distribución de competencias establecido en la presente Ley, las modificaciones del mapa sanitario cuya aprobación no correspondan a la Junta de Castilla y León deberán ser comunicadas a dicho órgano.

3. La organización territorial deberá asegurar la continuidad de la atención en sus distintos niveles y promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario así como la eficiencia y coordinación de todos los recursos.

Artículo 14. *Áreas de Salud.*

1. Las Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del Sistema Público de Salud de Castilla y León y dispondrán de las dotaciones necesarias para la gestión de las prestaciones sanitarias en su ámbito territorial.

2. El Área de Salud constituye el marco fundamental para el desarrollo de las prestaciones, los programas asistenciales, los programas de promoción y protección de la salud y los de prevención de la enfermedad, y en tal condición deberá asegurarse la organización y ejecución de las distintas disposiciones y medidas que adopte la Administración sanitaria de la Comunidad.

3. El Área de Salud será la principal estructura de referencia para la organización de las actuaciones sanitarias, su organización asegurará la continuidad de la atención sanitaria en todos los niveles asistenciales y facilitará la coordinación de todos los recursos que le correspondan, a fin de configurar un sistema sanitario coordinado e integral. Cada Área de

Salud contará, al menos, con un hospital o complejo asistencial que ofrecerá los servicios especializados adecuados a las necesidades de la población.

4. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de la atención primaria, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud.

Artículo 15. *Zonas Básicas de Salud.*

1. La Zona Básica de Salud es el marco territorial y poblacional donde se desarrollan las actividades sanitarias de la Atención Primaria, sin perjuicio de que éstas se puedan desarrollar fuera de la misma cuando existieran servicios o recursos comunes para varias Zonas Básicas de Salud.

Las Zonas Básicas de Salud, en el ámbito rural, deberán establecerse respetando las unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rurales previstas en la normativa de ordenación del territorio.

2. La delimitación de las Zonas Básicas de Salud se establecerá atendiendo a criterios geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías de comunicación, de recursos sanitarios, así como a otros criterios relacionados con la optimización en la ordenación de los recursos y de optimización de la respuesta a las necesidades sanitarias de los ciudadanos.

3. Cada Zona Básica de Salud contará con un Centro de Salud, como estructura física y funcional, que dará soporte a las actividades comunes de los profesionales del equipo de Atención Primaria y, en su caso, a los Equipos de Salud Pública.

4. Con carácter excepcional, el centro de salud podrá situarse fuera del ámbito territorial de la Zona Básica de Salud, si con ello mejora la accesibilidad o bien para asegurar una atención sanitaria de calidad a la población adscrita.

5. En cada Zona Básica de Salud existirá un Equipo de Atención Primaria, que contará con un Coordinador del Equipo.

Artículo 16. *Demarcaciones Sanitarias.*

1. Las Demarcaciones Sanitarias son las estructuras de ordenación territorial en las que se desarrollarán, fundamentalmente, las funciones de inspección y control oficial incluidas en la prestación de salud pública, por los profesionales de los Equipos de Salud Pública.

2. Las Demarcaciones Sanitarias se configurarán tomando como referencia las Zonas Básicas de Salud en los términos que se establezca en la legislación que desarrolle la prestación de salud pública.

3. En cada Demarcación Sanitaria existirá un Equipo de Salud Pública que se coordinará con los Equipos de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Salud que integran la Demarcación Sanitaria.

Artículo 17. *Otras divisiones territoriales.*

Cuando existan razones geográficas o de racionalización y eficiencia de los servicios que lo justifiquen, se podrán crear otras divisiones territoriales a fin de mejorar la organización y accesibilidad a las prestaciones sanitarias o la propia ordenación funcional.

CAPÍTULO III

Ordenación funcional

Artículo 18. *Ordenación funcional.*

Las prestaciones sanitarias se ordenan funcionalmente de forma integral y coordinada en:

a) Atención Primaria.
b) Atención Especializada.
c) Salud Pública.
d) Atención de urgencia.
e) Atención sociosanitaria correspondiente al Sistema Público de Salud.

Artículo 19. *Atención primaria.*

1. La atención primaria es el nivel básico inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

2. La atención primaria comprenderá las actuaciones encaminadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, el mantenimiento y la recuperación de la salud, la rehabilitación física básica y el trabajo social, con una atención individual resolutiva de primer nivel y en el ámbito familiar y comunitario.

3. La atención primaria será prestada por los profesionales que integran el Equipo de Atención Primaria, con un enfoque asistencial, de gestión, docente e investigador. El Equipo de Atención Primaria desarrollará su actividad en la Zona Básica de Salud correspondiente y en coordinación con las estructuras de atención especializada, de emergencias sanitarias, de salud pública y de servicios sociales, prestarán todos los servicios incluidos, en cada momento, en la cartera de servicios de atención primaria de salud.

4. Las actuaciones de atención primaria se desarrollarán en los centros de salud, en los consultorios, en el domicilio del paciente, en los centros donde se preste atención continuada o en cualquier otro lugar que se determine reglamentariamente.

5. En función de los medios técnicos y profesionales, del desarrollo de procesos asistenciales y del conocimiento disponible en cada momento, la atención primaria dispondrá progresivamente y a través de la coordinación del Área, del acceso a la realización de técnicas, a la información clínica y a los medios técnicos disponibles en atención especializada en la medida en que sean necesarios para garantizar la continuidad asistencial a través del mejor seguimiento o resolución de los procesos clínicos completos de sus pacientes.

6. Con la finalidad de facilitar la accesibilidad de la población a mayor número de prestaciones y fundamentalmente a las más demandadas, podrá llevarse a cabo la atención por profesionales del nivel asistencial especializado en el ámbito del Área de Salud al que pertenezcan.

Artículo 20. *Atención especializada.*

1. La atención especializada se configura como el nivel asistencial que garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en esta última.

2. La atención especializada comprenderá las actuaciones encaminadas a la promoción de la salud, educación sanitaria, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud y la rehabilitación, la investigación y la docencia, en coordinación con la atención primaria y la salud pública. Cada Área de Salud contará, al menos, con un hospital o complejo asistencial que ofrecerá los servicios especializados adecuados a las necesidades de la población.

3. La atención especializada será prestada en los hospitales o en los complejos asistenciales que podrán disponer de centros de especialidades. Todos ellos constituyen la estructura sanitaria para la asistencia especializada programada y urgente a la población del ámbito de influencia que para cada uno se determine. La atención especializada se prestará en régimen ambulatorio y en régimen de internamiento, de acuerdo con las condiciones clínicas y necesidades del paciente y siempre que sus circunstancias lo permitan. La atención especializada se prestará en consultas externas y en hospital de día.

4. A través del impulso y desarrollo de los procesos asistenciales se garantizará la continuidad de cuidados de calidad y la adecuada coordinación entre todos los dispositivos asistenciales.

5. La atención a los procesos clínicos en los centros de atención especializada se organizará con el objetivo de acortar al máximo el conjunto de los tiempos diagnósticos y de decisión terapéutica.

6. Con el fin de optimizar la calidad asistencial, la utilización de los recursos y la autosuficiencia del Sistema Público de Salud, se crea el Sistema de Referencia en atención especializada para organizar la asistencia de los procesos asistenciales y de los pacientes que hayan superado las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de sus propios centros

asistenciales. El funcionamiento y desarrollo de la red de centros y servicios de referencia será establecido de forma reglamentaria por la Consejería competente en materia de sanidad.

Artículo 21. *Salud pública.*

1. La Salud Pública se configura como el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población.

2. Las actuaciones en materia de salud pública comprenderán, al menos, la promoción de la salud, la protección de la salud, la información y vigilancia epidemiológica, la prevención de las enfermedades y las deficiencias, la ordenación e inspección sanitaria, la promoción de la seguridad alimentaria, la promoción y protección de la salud ambiental, la ordenación e inspección farmacéutica, la promoción y protección de la salud laboral y el control analítico en laboratorios.

3. Dentro del Sistema Público de Salud, las actuaciones de salud pública se llevarán a cabo, con carácter de integralidad, desde las diferentes estructuras administrativas de salud pública centrales y periféricas, desde las Demarcaciones Sanitarias, así como desde las estructuras de atención primaria y especializada.

Artículo 22. *Atención de urgencia.*

1. La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que una situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las veinticuatro horas del día, todos los días del año, mediante la atención médica y de enfermería y con la colaboración de otros profesionales.

La atención continuada en Atención Primaria se establecerá con criterios funcionales y de necesidad asistencial, pudiendo, en función de los mismos, superar el ámbito de la Zona Básica de Salud.

2. Ante situaciones de crisis, alerta o alarma de salud pública, el Sistema Público de Salud responderá con mecanismos y acciones precisas que garanticen la protección de la salud de la población.

3. En situaciones de emergencia ocasionadas por enfermedad, accidentes o catástrofes, en cualquier lugar de la Comunidad Autónoma, el Sistema Público de Salud facilitará, a través de sus dispositivos asistenciales, la asistencia sanitaria «in situ» de los pacientes, la clasificación de las persona afectadas, en su caso la coordinación de los recursos sanitarios implicados en la resolución de la emergencia y el traslado de los pacientes que lo precisen a los centros más apropiados.

Artículo 23. *Atención sociosanitaria.*

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características y vulnerabilidad pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. La atención sociosanitaria integrará los recursos y cuidados sanitarios con los recursos y cuidados de servicios sociales, de manera que se garantice la continuidad de la atención, la coordinación centrada en las personas y la elección del recurso más adecuado en cada caso.

3. La atención sociosanitaria, en el marco del Sistema Público de Salud, comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia, la rehabilitación a las personas con déficit funcional recuperable y la atención sanitaria a las personas con problemas de salud secundarios a su discapacidad.

4. El Sistema Público de Salud de Castilla y León y el de Servicios Sociales coordinarán sus servicios y recursos a fin de dar continuidad y respuestas integradas a las necesidades sociosanitarias de los ciudadanos.

5. Las Consejerías competentes en materia de Sanidad y de Servicios Sociales elaborarán un Plan Sociosanitario en el que se definirán las líneas estratégicas de desarrollo

y los objetivos a conseguir para la atención sociosanitaria, se identificarán las necesidades de atención de las personas y se definirán los recursos necesarios, tanto sociales como sanitarios, para su correcta atención así como los criterios y estructuras de coordinación entre ambos. Para el desarrollo de este Plan se tendrá en cuenta el marco del Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León.

CAPÍTULO IV

Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública

Artículo 24. *Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública.*

1. La Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública tiene por objeto garantizar la optimización del uso de los recursos existentes, tanto humanos como materiales, públicos o privados vinculados, y su finalidad fundamental es desarrollar los fines y las funciones del Sistema Público de Salud.

2. Constituyen la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública, los centros y servicios sanitarios del Servicio de Salud de Castilla y León, así como los centros y/o servicios sanitarios de titularidad de entidades privadas sin ánimo de lucro que, con carácter excepcional y justificadamente, se vinculen a la misma para satisfacer las necesidades sanitarias de los usuarios del mismo.

3. El Servicio de Salud de Castilla y León podrá vincular a la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública, a los centros y/o servicios sanitarios radicados en el territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, que estén autorizados e inscritos en el Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios y que sean titularidad de entidades privadas sin ánimo de lucro.

4. La vinculación a la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública conlleva:

a) La obligación de prestar la asistencia sanitaria de forma gratuita a los usuarios del Servicio Público de Salud de Castilla y León cuya asistencia corresponda en el marco de la vinculación y de acuerdo a las directrices del Servicio Público de Salud.

b) El cumplimiento de los planes, programas, directrices y criterios de actuación establecidos por la Gerencia Regional de Salud para sus propios centros respecto de los centros o servicios sanitarios objeto de vinculación.

c) Cumplir con el régimen de acceso de los usuarios con derecho a la asistencia sanitaria pública a la cartera de servicios del centro o servicio de atención especializada que se vincula determinado por la Gerencia Regional de Salud.

d) El sometimiento a las inspecciones y controles a realizar por los órganos de la Administración autonómica para verificar el cumplimiento de los aspectos de carácter técnico sanitario-asistencial, estructurales y económicos exigidos por la normativa vigente de aplicación a los centros y servicios sanitarios.

e) La satisfacción de las necesidades de información estadística y sanitaria que requiera la Gerencia Regional de Salud en los términos que se establezca por la normativa vigente y se concreten en el instrumento de vinculación.

f) El cumplimiento de las condiciones y obligaciones específicas establecidas en instrumento de vinculación, al amparo de la presente ley y demás normativa específica de aplicación.

5. Las entidades sin ánimo de lucro, titulares de los centros y/o servicios vinculados, mantendrán, mientras estén vinculados a la Red, la plena titularidad de sus centros y servicios sanitarios, sus instalaciones, así como todas las relaciones laborales de su personal.

Artículo 25. *Instrumento de vinculación.*

1. La vinculación de los centros y/o servicios sanitarios a la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública se realizará través de su financiación, mediante el otorgamiento por parte de la Administración de una aportación económica, que alcanzará como máximo, los costes variables, fijos y permanentes ocasionados en la ejecución de la actividad sanitaria que realicen como integrantes de la Red Asistencial de Utilidad Pública, a los efectos de

garantizar la indemnidad patrimonial de las entidades privadas sin ánimo de lucro titulares de los centros y/o servicios vinculados, sin incluir beneficio industrial alguno.

La aportación económica en su cuantía global no podrá ser superior a la que resulte de aplicar a la actividad realizada los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud previstos en la normativa vigente.

2. La financiación prevista en el apartado anterior se articulará a través de la suscripción de un convenio especial que contenga un contrato programa y conforme al procedimiento establecido en este artículo, todo ello de conformidad con lo establecido en el artículo 30.1 y la Disposición Adicional tercera de la Ley 5/2008, de 25 de septiembre, de Subvenciones de la Comunidad de Castilla y León.

3. Con carácter previo a la suscripción del convenio especial por el que se articula el contrato programa para la financiación del centro y/o servicios sanitarios y atendiendo a las necesidades asistenciales del área y/o áreas de salud del territorio de la Comunidad de Castilla y León, la Gerencia Regional de Salud notificará una propuesta de contrato programa a las entidades sin ánimo de lucro titulares de los centros o servicio sanitario que cumplan con los requisitos establecidos en el apartado 3 del artículo anterior.

4. En el plazo de treinta días a contar desde el día siguiente a la notificación de la propuesta, las entidades deberán acreditar el cumplimiento de las condiciones y compromisos aplicables conforme lo estipulado en la misma y, en su caso, comunicar la aceptación de la propuesta. Dicha aceptación no crea derecho alguno a favor de la entidad frente a la Administración.

5. Corresponde al Presidente de la Gerencia Regional de Salud, previa autorización de la Junta de Castilla y León, suscribir el convenio especial por el que se articula el contrato programa con la entidad sin ánimo de lucro titular del centro y/o servicios sanitarios que se vinculan.

6. La suscripción de convenios especiales que articulan contratos programa para la financiación, se comunicarán a las Cortes de Castilla y León y al amparo de lo previsto en la Ley 3/2015, de 4 de marzo, de Transparencia y Participación Ciudadana de Castilla y León y en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, se dará publicidad de los de los mismos a través del Portal de Gobierno Abierto de la Junta de Castilla y León.

TÍTULO IV

El Servicio de Salud de Castilla y León

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 26. *Naturaleza, fines y régimen jurídico.*

1. El Servicio de Salud de Castilla y León, denominado Gerencia Regional de Salud, es un organismo autónomo adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, dotado de personalidad jurídica, patrimonio y tesorería propios, y con plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

2. La Gerencia Regional de Salud tiene por finalidad ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas públicos sanitarios de carácter asistencial y de atención a la salud de la Comunidad de Castilla y León y aquellos otros que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma conforme a los objetivos y principios de esta Ley.

3. Para el cumplimiento de sus fines, la Gerencia Regional de Salud podrá emplear cuantas fórmulas contractuales se prevean en la legislación estatal u operar a través de las entidades instrumentales que al efecto sean constituidas, de cara a la optimización de recursos propios y ajenos.

4. La Gerencia Regional de Salud se regirá por la presente Ley, por las normas dictadas en su desarrollo y por las restantes disposiciones que resulten de aplicación.

Artículo 27. *Centros y servicios de la Gerencia Regional de Salud.*

1. Para el mejor logro de sus fines, la Gerencia Regional de Salud, como institución sanitaria, dispondrá e integrará los siguientes centros y servicios sanitarios y administrativos:

a) Los que sean de la titularidad de la Administración de la Comunidad de Castilla y León que se le adscriban.
b) Los de titularidad de la Seguridad Social transferidos a la Comunidad de Castilla y León que se le adscriban.
c) Los procedentes de las Corporaciones Locales adscritos a la Comunidad de Castilla y León.
d) Cualesquiera otros que pueda crear o recibir por cualquier título la Comunidad Autónoma y se integren en ella.

2. La Gerencia Regional de Salud dispondrá de una imagen corporativa propia y diferenciada, sin perjuicio de las actuaciones generales en materia de imagen institucional de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

CAPÍTULO II

Funciones y planes

Artículo 28. *Funciones.*

1. Sin perjuicio de las competencias atribuidas a la Consejería competente en materia de sanidad, la Gerencia Regional de Salud, para el cumplimiento de sus fines, desarrollará las siguientes funciones:

a) Prestación de la atención sanitaria.
b) Planificación, organización, dirección, coordinación, gestión, supervisión y control de los centros y servicios sanitarios y administrativos que tiene adscritos y que operen bajo su dependencia orgánica y/o funcional. En el ejercicio de dicha función la Gerencia Regional de Salud podrá aprobar planes, directrices y criterios de gestión y actuación.
c) Organización, dirección y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el cumplimiento de los fines y funciones que tenga encomendadas.
d) La gestión y asignación de la cartera de servicios que se presta en cada uno de los centros y servicios sanitarios propios o adscritos, de acuerdo con la cartera de servicios aprobada en los términos previstos en esta Ley.
e) La autorización de uso en sus centros y servicios sanitarios de nuevas técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, previa evaluación de estos en términos de eficacia, seguridad, coste e impacto desde el punto de vista bioético.
f) La gestión de la prestación farmacéutica y de las complementarias que correspondan en el ámbito de sus competencias.
g) La elaboración, desarrollo y evaluación de los planes y programas sanitarios de la Gerencia Regional de Salud, así como de mejora de la calidad y de la práctica clínica.
h) La ejecución y gestión de las infraestructuras y la dotación del equipamiento que requiera para el cumplimiento de sus fines.
i) La definición, planificación y compra de los servicios que requiera para el cumplimiento de sus fines.
j) La celebración de contratos o suscripción de convenios para la consecución de los objetivos fijados.
k) La promoción de la docencia e investigación en ciencias de la salud en el ámbito de los centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales.
l) Aquellas otras que se le atribuyan legal o reglamentariamente.

Artículo 29. *Planes y programas.*

1. Como procedimiento dirigido a mejorar la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de sus funciones, la Gerencia Regional de Salud podrá establecer con sus centros dependientes planes y programas, que se constituirán como instrumento de trabajo por el

cual se vinculan de forma directa las relaciones de la Gerencia Regional de Salud y sus centros.

2. Para la elaboración de dichos planes y programas, la Gerencia Regional de Salud tendrá en cuenta el Plan de Salud aprobado por la Comunidad Autónoma y las demás herramientas de carácter estratégico que en cada momento estén vigentes.

3. Como estímulo y reconocimiento del compromiso para la eficiencia de los centros, dichos planes y programas podrán tener un presupuesto asignado a objetivos e incentivos para su consecución.

CAPÍTULO III

Estructura y organización

Artículo 30. *Estructura y organización.*

1. La Gerencia Regional de Salud se estructura en los órganos centrales y periféricos establecidos en esta Ley y en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen.

2. Son órganos de la Gerencia Regional de Salud:

a) El Presidente.

b) El Director Gerente.

c) El Director económico, presupuestario y financiero.

d) Las Direcciones Generales y demás órganos, servicios y unidades centrales y periféricas que se establezcan.

e) De participación: La Comisión Permanente del Consejo Castellano y Leonés de Salud.

Artículo 31. *Del Presidente.*

1. El Presidente de la Gerencia Regional de Salud, que será el titular de la Consejería competente en materia de Sanidad, es el órgano superior de dirección de la Gerencia Regional de Salud y ostenta la representación del organismo autónomo.

2. Son funciones del Presidente:

a) Establecer los criterios generales de coordinación, ordenación y actuación de la Gerencia Regional de Salud, así como impulsar la actuación de los distintos órganos que la integran, sin perjuicio de las competencias atribuidas a la Consejería competente en materia de sanidad.

b) Aprobar la propuesta del anteproyecto del presupuesto anual de ingresos y gastos, para su incorporación al anteproyecto de presupuestos de la Consejería competente en materia de Sanidad.

c) Aprobar la Memoria Anual de la Gerencia Regional de Salud.

d) Suscribir convenios en materias propias de la Gerencia Regional de Salud, actuar como órgano de contratación de la Gerencia Regional de Salud, autorizar y comprometer los gastos en ejecución de su presupuesto, reconocer las obligaciones derivadas de los gastos autorizados y comprometidos y ordenar los pagos en ejecución de su presupuesto.

e) Suscribir acuerdos de prestación de servicios con recursos ajenos, en función de las necesidades sanitarias derivadas del Plan de Salud y una vez optimizado el uso de los recursos propios o adscritos funcionalmente.

f) Aprobar las tarifas por la concertación de servicios, así como su modificación y revisión.

g) Conceder subvenciones en el ámbito de las competencias de la Gerencia Regional de Salud, de acuerdo con los principios de publicidad, concurrencia y objetividad.

h) Ejercer las funciones que la Ley del Patrimonio de la Comunidad atribuye a los órganos rectores de los organismos autónomos.

i) Cualquier otra que le sea legal o reglamentariamente atribuida.

3. Las funciones del Presidente podrán ser objeto de desconcentración o delegación en el Director Gerente o en otros órganos de la Gerencia Regional de Salud.

Artículo 32. *Del Director Gerente.*

1. El Director Gerente es el órgano unipersonal de dirección ejecutiva y gestión de la Gerencia Regional de Salud para la organización, dirección, coordinación y gestión de la actividad sanitaria realizada a través de los centros e instituciones del Servicio Público de Salud de Castilla y León, así como de las prestaciones asistenciales en su conjunto y desarrollará sus funciones bajo la superior dirección del Presidente.

2. Funciones del Director Gerente:

a) Dirigir, impulsar y coordinar las acciones de los distintos órganos, centros y unidades de la Gerencia Regional de Salud.

b) Ostentar la representación del Organismo Autónomo por delegación del Presidente.

c) Aprobar los distintos planes y programas de actuación y necesidades de sus centros y servicios, incluyendo la previsión de las inversiones precisas y la ejecución de los citados planes y programas.

d) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones que regulan la actuación de la Gerencia Regional de Salud y, de forma específica, la que resulte de las funciones de superior dirección del Presidente.

e) Proceder a la evaluación de las actividades e inspeccionar los diferentes órganos de la Gerencia Regional de Salud.

f) **(Sin contenido).**

g) Asumir la jefatura superior del personal de la Gerencia Regional de Salud.

h) Proponer y, en su caso, someter a la aprobación del Presidente, la memoria anual, las tarifas por la concertación de servicios y las propuestas de ordenación de servicios.

i) Fijar, de acuerdo a los criterios generales establecidos por el Presidente, las normas de funcionamiento y las misiones de cada centro y servicio al objeto de garantizar una adecuada organización de la Gerencia Regional de Salud.

j) Informar y proponer al Presidente del organismo autónomo, una vez optimizados los recursos propios o adscritos, la necesidad de alcanzar acuerdos de prestación de servicios con recursos ajenos.

k) Dictar instrucciones y circulares relativas al funcionamiento y organización interna de la Gerencia Regional de Salud.

l) Cuantas otras le sean atribuidas legal o reglamentariamente.

3. El Director Gerente podrá delegar el ejercicio de sus atribuciones en los cargos inferiores de la estructura central y periférica, con autorización del Presidente.

Artículo 32 bis. *El Director económico, presupuestario y financiero.*

1. El Director económico, presupuestario y financiero, que será el titular de la Secretaría General de la consejería competente en materia de sanidad, es el órgano unipersonal de dirección económica, presupuestaria y financiera de la Gerencia Regional de Salud y desarrollará sus funciones bajo la superior dirección del Presidente.

2. Son funciones del Director económico, presupuestario y financiero:

a) La planificación, programación y evaluación económico presupuestaria.

b) La elaboración y propuesta, para su aprobación por el Presidente, del anteproyecto del presupuesto anual de ingresos y gastos de la Gerencia Regional de Salud.

c) La gestión económica, presupuestaria y financiera.

d) La homologación y compra agregada de bienes y servicios.

e) La tramitación de los expedientes de contratación pública.

f) Cuantas otras le sean atribuidas legal o reglamentariamente.

Artículo 33. *Del órgano de participación de la Gerencia Regional de Salud.*

La Comisión Permanente del Consejo Castellano y Leonés de Salud, prevista en el artículo 44 de la presente Ley, será el órgano de participación propio en la gestión de la Gerencia Regional de Salud, sin perjuicio de las demás funciones que le sean delegadas por el Pleno del Consejo Castellano y Leonés de Salud como órgano de participación general del Sistema de Salud.

CAPÍTULO IV

Recursos humanos y medios materiales

Sección Primera. Recursos Humanos

Artículo 34. *Personal.*

1. El personal de la Gerencia Regional de Salud estará integrado por:

a) El personal de la Administración de la Comunidad Autónoma que preste sus servicios en el citado organismo.
b) El personal procedente de otras Administraciones públicas y demás entidades que se le adscriba o transfiera.
c) El personal que se incorpore al mismo, de acuerdo con la normativa vigente.

2. El personal de la Gerencia Regional de Salud será fundamentalmente estatutario, funcionario y laboral, sin perjuicio de otras posibles modalidades de personal conforme a la normativa vigente.
3. Los profesionales de los centros sanitarios incluidos en el anexo a la presente ley gozarán, en el ejercicio de sus funciones y responsabilidad, del derecho a ser respetados, recibir un trato adecuado y ser valorados por los usuarios del sistema sanitario, sus familiares y acompañantes y por la sociedad en general.
A estos efectos, tendrán la consideración de autoridad pública y gozarán de la protección reconocida a tal condición por la legislación vigente.
Los hechos constatados por los mencionados profesionales, gozarán de la presunción de veracidad cuando se formalicen por escrito en documento que cuente con los requisitos establecidos según la normativa aplicable en cada caso.

Sección Segunda. Medios materiales

Artículo 35. *Medios materiales.*

1. Quedarán adscritos a la Gerencia Regional de Salud los bienes y derechos de los centros y servicios sanitarios, así como de los administrativos que se le asignen y cualesquiera otros que adquiera o reciba por cualquier título.
2. Los bienes y derechos adscritos a la Gerencia Regional de Salud mantendrán el mismo carácter que tenían previamente a su adscripción, sin perjuicio de los cambios que se produzcan en su situación patrimonial, por obra de acuerdos contractuales o de las leyes.

CAPÍTULO V

Régimen económico financiero

Artículo 36. *Régimen financiero.*

La Gerencia Regional de Salud se financiará con:

a) Los recursos que le sean asignados con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad de Castilla y León.
b) Los ingresos procedentes de prestaciones de servicio por asistencia sanitaria en los términos y supuestos legalmente previstos. La Gerencia Regional de Salud reclamará a los terceros obligados al pago el importe de la atención o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, así como en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago.
c) Los productos y rentas de toda índole, procedentes de sus bienes y derechos.
d) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que legalmente esté autorizado a percibir.
e) Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de entidades y particulares.

f) Los recursos que se le transfieran juntamente con servicios procedentes de otras Administraciones públicas.

g) La parte correspondiente, por razón de sus atribuciones, de los recursos que con carácter finalista reciba la Comunidad de Castilla y León de los Presupuestos de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en particular, o de los Generales del Estado.

h) Las aportaciones que hayan de realizar las entidades locales con cargo a sus presupuestos.

i) Cualquier otro recurso que le pudiere ser atribuido.

Artículo 37. *Régimen patrimonial.*

1. La Gerencia Regional de Salud, para el cumplimiento de sus funciones, tendrá un patrimonio propio, integrado por los bienes y derechos adquiridos o que se adquieran por cualquier título y los afectos a los servicios y funciones de la Gerencia Regional de Salud.

2. El régimen patrimonial de la Gerencia Regional de Salud será el previsto, para los organismos autónomos, en la Ley 11/2006, de 26 de octubre, de Patrimonio de la Comunidad de Castilla y León y en la normativa básica reguladora del patrimonio de las Administraciones públicas.

Artículo 38. *Régimen presupuestario.*

El régimen presupuestario de la Gerencia Regional de Salud será el previsto, para los organismos autónomos, en la Ley 2/2006, de 3 de mayo, de la Hacienda y del Sector Público de la Comunidad de Castilla y León y en las Leyes de presupuestos anuales.

Artículo 39. *Régimen de contratación.*

El régimen de contratación de la Gerencia Regional de Salud será el establecido por las normas reguladoras de la contratación en el sector público y por el capítulo IV del título VI, de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, siendo el Presidente de la Gerencia el órgano de contratación de la misma.

Artículo 40. *Tesorería.*

El régimen de Tesorería de la Gerencia Regional de Salud será el previsto para los Organismos Autónomos de la Comunidad Autónoma. La Gerencia Regional de Salud dispondrá de una Tesorería Delegada, adscrita funcionalmente a la Consejería competente en materia de hacienda, encargada de gestionar los recursos financieros de la Gerencia y realizar los pagos.

Artículo 41. *Intervención y contabilidad.*

1. El control de la gestión económica financiera de la Gerencia Regional de Salud será llevada a cabo por la Intervención General de la Administración de la Comunidad en los términos previstos en el Título VII de la Ley 2/2006, de 3 de mayo, de la Hacienda y del Sector Público de la Comunidad de Castilla y León, así como en las normas reglamentarias y los acuerdos que la Junta de Castilla y León apruebe para su desarrollo y aplicación.

2. El régimen de contabilidad pública de la Gerencia Regional de Salud será el previsto en la Ley de Hacienda y del Sector Público de la Comunidad de Castilla y León para los organismos autónomos.

CAPÍTULO VI

Régimen jurídico

Artículo 42. *Asistencia jurídica de la Gerencia Regional de Salud.*

La Gerencia Regional de Salud podrá disponer de un servicio jurídico propio al que corresponderán las funciones de representación, defensa y asesoramiento del organismo, o bien atribuirse dichas funciones, a través del Reglamento General de la Gerencia Regional

de Salud, a la Asesoría Jurídica de la consejería competente en materia de sanidad a la que esté adscrito el organismo autónomo.

Dichas funciones serán desempeñadas por letrados de los servicios jurídicos de la Comunidad Autónoma en la forma y términos establecidos en la Ley 6/2003, de 3 de abril, reguladora de la Asistencia Jurídica de la Comunidad de Castilla y León y demás normativa de aplicación.

Artículo 43. *Actos y recursos administrativos.*

1. El régimen jurídico de los actos emanados de la Gerencia Regional de Salud será el establecido en la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y en las normas básicas que regulan el régimen jurídico y el procedimiento administrativo común a todas las Administraciones públicas.

2. Los actos del Presidente de la Gerencia Regional de Salud pondrán fin a la vía administrativa.

3. Contra las resoluciones del Director Gerente, que no pongan fin a la vía administrativa, podrá interponerse recurso de alzada ante el Presidente de la Gerencia Regional de Salud.

4. La resolución de las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional civil corresponderá al Presidente de la Gerencia Regional de Salud y la de las reclamaciones previas a la vía laboral corresponderá al Director Gerente, cuyas resoluciones pondrán fin a la vía administrativa.

5. Contra los actos relativos a servicios y prestaciones sanitarios de la Seguridad Social, podrán interponerse las reclamaciones y recursos pertinentes en los mismos términos establecidos en la normativa vigente con carácter general relativa a las entidades gestoras de la Seguridad Social.

TÍTULO V

Participación y asesoramiento en el Sistema de Salud de Castilla y León

Artículo 44. *El Consejo Castellano y Leonés de Salud.*

1. El Consejo Castellano y Leonés de Salud es el máximo órgano colegiado de carácter consultivo, de asesoramiento y de participación en el Sistema de Salud de Castilla y León, en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad.

2. El Consejo Castellano y Leonés de Salud estará presidido por el titular de la Consejería competente en materia de sanidad y estará compuesto, al menos, por representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, las corporaciones locales, las organizaciones sindicales más representativas incluidas las de mayor implantación en el ámbito del Sistema de Salud de Castilla y León, las organizaciones empresariales más representativas, los consejos o colegios profesionales del sector sanitario de ámbito autonómico, las universidades públicas de Castilla y León, asociaciones de consumidores y usuarios, asociaciones de pacientes y familiares de estos y organizaciones representativas del sector de la discapacidad.

3. El Consejo asesorará y podrá formular propuestas a los órganos de dirección y gestión del Sistema de Salud. Se le dará conocimiento, al menos, de las modificaciones del mapa sanitario y del anteproyecto de Plan de Salud. Además, ejercerá cuantas funciones se le atribuyan legal o reglamentariamente.

4. Para el cumplimento de sus funciones el Consejo Castellano y Leonés de Salud estará constituido por el Pleno, la Comisión Permanente y los demás órganos que se establezcan reglamentariamente.

5. La Comisión Permanente conocerá de los asuntos o materias de competencia del Pleno del Consejo Castellano y Leonés de Salud que este órgano le delegue y, además, será el órgano de participación de la Gerencia Regional de Salud.

6. La constitución, funciones y organización del Consejo Castellano y Leonés de Salud y de su Comisión Permanente se establecerán reglamentariamente.

Artículo 45. *El Consejo de Salud de Área.*

1. El Consejo de Salud de Área es el órgano colegiado de participación en el ámbito del Área de Salud, con carácter consultivo y en el que deberán estar representados, en todo caso, la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma, las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, las asociaciones de consumidores y usuarios y las asociaciones de vecinos. La constitución, funciones y organización del Consejo de Salud se establecerán reglamentariamente.

2. El Consejo de Salud de Área promoverá la participación en el Área, podrá plantear propuestas y recomendaciones a los órganos directivos de su ámbito, se le dará conocimiento de los correspondientes planes anuales de gestión, del anteproyecto de Plan de Salud. Además, ejercerá cuantas funciones se le atribuyan legal o reglamentariamente.

Artículo 46. *El Consejo de Salud de Zona.*

1. El Consejo de Salud de Zona es el órgano colegiado de participación en el ámbito de la Zona Básica de Salud, con carácter consultivo y en el que deberán estar representados, en todo caso, el equipo de atención primaria, el equipo de salud pública, los ayuntamientos de los municipios de mayor población de la Zona Básica de Salud, las organizaciones sindicales más representativas, las organizaciones empresariales más representativas, de los vecinos, de los consumidores y usuarios y representantes del ámbito educativo. La constitución, funciones y organización del Consejo de Salud se establecerá reglamentariamente.

2. Podrán constituirse Consejos de Salud que agrupen dos Zonas Básicas de Salud colindantes de una misma Área de Salud, cuando factores de carácter demográfico, sanitario y viario lo aconsejen.

3. El Consejo de Salud de Zona promoverá la participación en las actividades de promoción y protección de la salud, podrá plantear propuestas y recomendaciones a los órganos directivos de su ámbito.

Artículo 47. *El Consejo Asesor Científico-Técnico de Sanidad.*

1. El Consejo Asesor Científico-Técnico de Sanidad es un órgano colegiado con funciones de asesoramiento al Sistema de Salud de Castilla y León en temas científicos y técnicos sanitarios. La constitución, funciones y organización del Consejo de Salud se establecerá reglamentariamente.

2. El Consejo Asesor Científico-Técnico de Sanidad, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, estará compuesto por un presidente, que será el Consejero competente en materia de sanidad, un vicepresidente y los vocales que serán nombrados entre profesionales de reconocido prestigio en el ámbito sanitario, de las universidades de Castilla y León, del ámbito de la gestión sanitaria y de las sociedades científicas vinculadas a la sanidad.

3. Podrán constituirse las comisiones técnicas y grupos de trabajo que sean precisos para el asesoramiento en aspectos específicos.

Artículo 48. *Participación activa y directa en foros virtuales.*

Los foros virtuales servirán de cauce de participación directa e individual en el Sistema de Salud de la Comunidad de Castilla y León para la realización de sugerencias respecto de la ejecución de políticas de salud y de gestión sanitaria, sin perjuicio de los demás medios que la Administración de la Comunidad de Castilla y León ponga a disposición del ciudadano.

Artículo 49. *Del voluntariado en el ámbito de la salud.*

1. En el ámbito sanitario los ciudadanos podrán participar de forma directa y activa en la realización de actividades sanitarias de interés general de forma solidaria y altruista, a través de las entidades de voluntariado públicas o privadas para la mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud.

2. Las Administraciones sanitarias fomentarán la participación de los ciudadanos en la realización de actuaciones solidarias a través de las entidades de voluntariado, de acuerdo con las normas que las regulan.

3. La colaboración de las entidades de voluntariado con la Consejería competente en materia de sanidad podrá establecerse mediante convenios o cualquiera de las fórmulas previstas en la legislación vigente.

TÍTULO VI

Planificación, calidad y acreditación

CAPÍTULO I

Planificación

Artículo 50. *El Plan de Salud de Castilla y León. Disposiciones Generales.*

1. El Plan de Salud de Castilla y León es el instrumento estratégico superior para la planificación y dirección del Sistema de Salud de Castilla y León. Determina las líneas fundamentales de la política sanitaria de la Comunidad y dirige las intervenciones orientadas a alcanzar el mayor grado de salud de la Comunidad. Constituye el marco para el desarrollo de las estrategias regionales de salud y de otros planes del ámbito sanitario.

2. El Plan establecerá:

a) Las orientaciones básicas y el conjunto de actuaciones fundamentales del Sistema de Salud.

b) Los objetivos y programas institucionales de las Administraciones públicas relacionados con la salud y el desarrollo de la coordinación y cooperación intersectorial para la consecución de la salud desde una concepción integral.

c) Los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios para el logro de resultados en los objetivos y prioridades de salud establecidos, incluyendo el desarrollo de programas de salud y de actividades de promoción, prevención y educación sanitaria.

Artículo 51. *Contenido.*

El Plan de Salud contemplará:

a) El diagnóstico de la situación de salud de la Comunidad, incluyendo las conclusiones del análisis de los principales problemas de salud, los factores determinantes de estos problemas y la situación de los recursos existentes.

b) La evaluación de los resultados de los planes y estrategias anteriores.

c) Las prioridades de intervención.

d) La definición de las líneas estratégicas y las políticas de intervención.

e) La definición general de los programas principales y medidas de actuación, de acuerdo a la evidencia disponible.

f) Los objetivos cuantificables y los niveles de salud a alcanzar.

g) La estimación de los recursos necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto en lo que se refiere a la organización y desarrollo de actividades, servicios, planes, estrategias y programas, como a los medios materiales y personales precisos.

h) La evaluación económica y la previsión de la financiación de los elementos incluidos en el apartado anterior.

i) El calendario general de actuación.

j) Los mecanismos e indicadores de evaluación.

Artículo 52. *Elaboración.*

1. En el proceso de elaboración del Plan de Salud se tomarán en consideración las propuestas formuladas por los Consejos de Salud de cada una de las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma.

2. La Consejería competente en materia de sanidad dará conocimiento del Anteproyecto del Plan de Salud al Consejo Castellano y Leonés de Salud.

3. El Plan de Salud, una vez aprobado por la Junta de Castilla y León, será remitido a las Cortes de Castilla y León para su conocimiento y al Ministerio competente en materia de sanidad para su inclusión en el Plan integrado de Salud, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

Artículo 53. *Vigencia.*

El Plan de Salud tendrá la vigencia que en él se determine.

Artículo 54. *Estrategias regionales de salud y programas sanitarios especiales.*

1. Las estrategias regionales relacionadas con la salud elaboradas por la Consejería competente en materia de sanidad irán dirigidas a los problemas de salud más prevalentes, a los más relevantes, a los que supongan una especial carga sociofamiliar, a grupos específicos de pacientes reconocidos sanitariamente como de riesgo, a los grupos de personas con especial vulnerabilidad, a los enfermos crónicos e invalidantes y a aquellos problemas que, por sus especiales características, deban abordarse con una perspectiva de intervención regional, garantizando una atención sanitaria integral.

2. Los grupos de personas en situación de especial vulnerabilidad: niños, personas mayores, víctimas de maltrato, los drogodependientes, las personas que padecen enfermedades mentales, las que padecen enfermedades crónicas e invalidantes, las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial y las que pertenecen a grupos específicos de riesgo, serán objeto de actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

CAPÍTULO II

Calidad y acreditación

Artículo 55. *De la calidad.*

1. El Sistema de Salud orientará su política sanitaria hacia la excelencia y la mejora continua en los servicios sanitarios, en la gestión, en los planes y en las estrategias.

2. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá las directrices de calidad que deberán guiar la prestación de servicios del Sistema Público de Salud de Castilla y León. Estas directrices serán también aplicables a los centros privados que concierten sus servicios con el Sistema Público.

3. La gestión y la evaluación de la calidad son elementos claves para la mejora de la calidad de la atención y servicios que reciben los usuarios. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá los métodos y herramientas que ayuden a la mejora continua, y definirá criterios, estándares e indicadores de evaluación de la calidad asistencial.

4. La gestión de la calidad, las evaluaciones internas y las autoevaluaciones, corresponderán a todos los departamentos y unidades del sistema, y participarán en ella los distintos profesionales de cada centro, servicio o unidad.

Artículo 56. *De la seguridad.*

La Administración sanitaria velará por una atención de salud segura, estableciendo los programas de seguridad clínica que se consideren necesarios para una asistencia sanitaria de calidad.

Artículo 57. *De la acreditación y la evaluación externa.*

1. El sistema de acreditación sanitaria se configura como un modelo de excelencia basado en la búsqueda de la mejora continua.

2. La acreditación sanitaria es el proceso dinámico y voluntario por el que un centro, servicio, establecimiento o profesional se incorpora a un sistema de verificación externa que certifica el nivel en que se sitúa en relación a un referente previamente establecido. La acreditación determinará el reconocimiento de un nivel de calidad.

3. La Consejería competente en materia de sanidad promoverá la acreditación de los profesionales del Sistema de Salud y la evaluación externa o acreditación de los centros, servicios y establecimientos públicos y privados, aprobando para ello las normas y estableciendo requisitos homogéneos, criterios, estándares y procedimientos de evaluación y acreditación que sean precisos, basados en los modelos de referencia de acreditación y gestión de la calidad.

4. La Consejería competente en materia de sanidad podrá determinar que el proceso de acreditación sea realizado por una entidad vinculada que, en todo caso, habrá de ejercer sus funciones con autonomía, imparcialidad e independencia.

TÍTULO VII

Formación e investigación

CAPÍTULO I

Formación

Artículo 58. *Formación continuada.*

1. La Consejería competente en materia de sanidad y la Gerencia Regional de Salud promoverán la formación continuada de los profesionales del Sistema Público de Salud, sin perjuicio de las competencias atribuidas a la Consejería competente en materia de función pública de la Comunidad de Castilla y León. Se promoverá, asimismo, la cooperación con otras instituciones públicas o privadas que realicen actividades en materia de formación, en particular con las universidades de la Comunidad y con el Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León.

2. La Consejería competente en materia de sanidad garantizará un sistema de acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias, con el fin de velar por la calidad de las actividades formativas realizadas.

3. La formación continuada que reciban los profesionales del Sistema Público de Salud de Castilla y León tendrá como objetivo mejorar el nivel de competencia profesional para alcanzar los estándares de calidad de los servicios prestados a los ciudadanos, según las necesidades demandadas por la sociedad.

4. En el ámbito profesional, se tendrá en cuenta la formación continuada en el desarrollo de la carrera profesional y en la evaluación de las competencias profesionales.

Artículo 59. *Docencia.*

1. El Sistema de Salud de Castilla y León colaborará con el proceso de formación pregraduada, postgraduada y continuada a los colectivos de profesionales de la Comunidad.

2. Las Consejerías competentes en materia de sanidad y educación establecerán el régimen de colaboración entre la universidad, los centros de formación profesional sanitaria y las instituciones sanitarias en las que se imparta enseñanza sanitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de las profesiones sanitarias y de las enseñanzas técnico-profesionales relacionadas con las ciencias de la salud.

CAPÍTULO II

Investigación

Artículo 60. *Investigación científica.*

1. La Consejería competente en materia de sanidad promoverá la investigación biomédica, biosanitaria, tecnológica, sociosanitaria y de otros ámbitos de la salud, en el marco de sus propias instituciones sanitarias y de investigación, en colaboración con las universidades, el Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León y demás entidades, públicas o privadas, de investigación, con el fin de contribuir a la promoción y mejora de la salud de la población.

2. Toda actividad de investigación biomédica que implique actividades sobre seres humanos o muestras biológicas humanas, deberá asegurar la protección de la dignidad, de la confidencialidad y de la intimidad, de acuerdo con la legislación vigente en materia de investigación biomédica, sin discriminación alguna y garantizando los derechos y libertades fundamentales.

3. Se fomentará la actividad científica que atienda, entre otras, a las diferencias entre mujeres y hombres en relación a la protección de la salud, a la accesibilidad y al esfuerzo diagnóstico y terapéutico.

Artículo 61. *Competencias en materia de investigación biomédica.*

La Consejería competente en materia de sanidad, sin perjuicio de las competencias que ostenten otros organismos públicos y/o privados, realizará las funciones de promoción, fomento, ordenación y control de las actividades investigadoras en materia biomédica a través de una correcta planificación y vertebración de recursos, acreditando los centros, establecimientos o servicios dedicados a tal efecto, desarrollando programas, creando redes de investigación cooperativa, avalando la máxima difusión y transparencia de los resultados y garantizando los derechos y obligaciones de profesionales, usuarios y centros involucrados.

Artículo 62. *Comités de ética de la investigación.*

Como garantía de imparcialidad, independencia, capacidad técnica, competencia profesional y observancia de las normas jurídicas y de buena práctica científica y deontológica de la actividad investigadora, se promoverán la constitución y acreditación de los Comités de ética de la investigación.

Artículo 63. *Cooperación en investigación.*

La Consejería competente en materia de sanidad cooperará en la investigación biomédica con la Administración General del Estado, con las universidades, con el Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León, con la industria sanitaria, con centros de investigación y con empresas, mediante los correspondientes instrumentos de colaboración que se establezcan a tal fin.

TÍTULO VIII

Las relaciones con la iniciativa privada

Artículo 64. *Complementariedad de la iniciativa privada.*

1. La iniciativa privada complementará las prestaciones ofrecidas por el Sistema Público de Salud cuando resulte necesario, respetándose, en todo caso, los principios de publicidad, transparencia, objetividad, eficiencia y buena administración. Se ponderarán tanto la calidad del servicio prestado como el ahorro económico en las relaciones con la iniciativa privada.

2. Con carácter general, las prestaciones ofrecidas por el Sistema Público serán realizadas por el Sistema Público de Salud, pudiendo recurrir a la iniciativa privada, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de los recursos sanitarios propios.

3. El Sistema Público de Salud de Castilla y León dará preferencia en sus relaciones con la iniciativa privada a las entidades que no tengan carácter lucrativo, siempre que su finalidad o actividad tenga relación directa con el objeto de la prestación.

Artículo 65. *Formas de participación de la iniciativa privada.*

La participación de las entidades privadas en la realización de las prestaciones del Sistema Público de Salud podrá formalizarse a través de cualquiera de los medios válidos en derecho, en particular, constitución de personas jurídicas, convenios de colaboración, conciertos sanitarios en los términos establecidos en el artículo 90 de la Ley General de Sanidad, así como a través de su financiación en los términos establecidos en el capítulo IV del título III de la presente ley; todo ello sin perjuicio de las fórmulas contractuales prevista en la legislación en materia de contratación pública.

Artículo 66. *Convenios de colaboración.*

Los convenios de colaboración servirán para articular la colaboración en la realización de prestaciones del Sistema Público de Salud, las actividades de formación, investigación, acreditación o cuantas contribuyan a mejorar su funcionamiento.

TÍTULO IX

Intervención pública en materia sanitaria

Artículo 67. *Intervención pública.*

Las autoridades sanitarias competentes podrán intervenir en cualquier actividad pública y privada que, directa o indirectamente, pueda repercutir en la salud individual o colectiva, a través de las medidas de control y limitación que se establecen en la presente Ley y las demás normas de aplicación.

Artículo 68. *Medidas de control sanitario.*

1. Constituyen medidas de control sanitario en los términos que se desarrolle reglamentariamente:

a) El establecimiento de registros y sistemas de análisis de la información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la Autoridad Sanitaria.
b) La exigencia de autorización sanitaria para la instalación, funcionamiento o modificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
c) La exigencia de registros, autorizaciones sanitarias, comunicaciones previas o declaraciones responsables a las industrias, establecimientos, actividades y productos con incidencia sobre la salud de las personas.
d) Cualquier otra medida que se establezca legal o reglamentariamente tomando como base lo dispuesto en la presente Ley.

2. Las autorizaciones sanitarias, los registros, las comunicaciones previas o las declaraciones responsables, en virtud de la habilitación prevista en el presente artículo, deberán cumplir las condiciones siguientes:

a) No resultarán discriminatorios ni directa ni indirectamente en función de la nacionalidad o, por lo que se refiere a sociedades, a causa de la ubicación del domicilio social.
b) Deberán estar justificados en la protección de la salud pública.
c) Se cuidará que el régimen que se establezca sea el instrumento adecuado para garantizar la consecución del objetivo de protección de la salud pública, y no vaya más allá de lo necesario para conseguirlo, así como que no pueda sustituirse por otras medidas menos restrictivas que permitan obtener el mismo resultado.
d) Los procedimientos y trámites para la obtención de las autorizaciones o registros a los que se refiere esta Ley deberán ser claros e inequívocos, objetivos, transparentes,

proporcionados al objetivo de protección de la salud pública y darse a conocer con antelación.

3. Asimismo, corresponde a las Administraciones sanitarias:

a) La inspección y control de los centros, servicios, establecimientos, industrias, actividades y productos sujetos a intervención sanitaria de acuerdo con la presente Ley.

b) La inspección y control de las condiciones higiénico-sanitarias de las actividades, locales, edificios de convivencia pública o colectiva y, en general, del medio en que se desenvuelve la vida humana, sin perjuicio de las competencias que ostenten otros órganos de las Administraciones públicas y en coordinación con las mismas.

Artículo 69. *Medidas de limitación sanitaria.*

1. Constituyen medidas de limitación sanitaria:

a) Establecer prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes cuando supongan un riesgo o daño para la salud.

b) Establecer limitaciones preventivas en relación con las actividades públicas y privadas que puedan tener consecuencias negativas para la salud.

c) Adoptar las medidas especiales que se estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas, siempre que haya indicios suficientes de la existencia de un riesgo inminente y extraordinario o una repercusión excepcional o negativa para la salud.

2. La duración de las medidas especiales deberá fijarse para cada caso, pudiendo ser prorrogadas de forma motivada. En ningún caso, la duración de las medidas excederá de lo que exija la situación de riesgo o daño que las justificó.

3. Las medidas especiales no tendrán carácter de sanción y su adopción será independiente del ejercicio de la potestad sancionadora.

Artículo 70. *Autoridad sanitaria.*

1. En el ámbito de sus respectivas competencias y para el ejercicio de las funciones de intervención en materia sanitaria, son autoridad sanitaria la Junta de Castilla y León, la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad, las personas titulares de los órganos directivos centrales de la Consejería competente en materia de sanidad, de las Delegaciones Territoriales de la Junta de Castilla y León y de sus Servicios Territoriales de Sanidad, así como los Alcaldes y Alcaldesas.

2. El personal funcionario sanitario de los subgrupos A1 y A2 con funciones de control oficial, inspección y vigilancia epidemiológica que les corresponda, tendrán la consideración de autoridad sanitaria y estarán facultados para llevar a cabo las siguientes actuaciones:

a) Entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto a esta Ley y demás normas de aplicación.

b) Efectuar u ordenar pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de la normativa sanitaria.

c) Tomar o sacar muestras con el objeto de comprobar el cumplimiento de la normativa sanitaria.

d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas en orden al cumplimiento de las funciones de control e inspección que desarrollen.»

3. De forma específica, tendrán la consideración de autoridad sanitaria a los efectos de prescribir la medida sanitaria de aislamiento domiciliario de personas enfermas o la medida sanitaria de cuarentena en personas que sean contactos directos de aquellas, en los casos de pandemias o epidemias declaradas por enfermedades transmisibles, el personal médico y de enfermería de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León a quienes corresponda el tratamiento y prevención de la enfermedad de los pacientes sujetos a aislamiento y de las personas sujetas a cuarentena, gozando de presunción de veracidad sobre la prescripción

de la medida sanitaria y su comunicación al interesado, la constancia expresa en su historia clínica.

TÍTULO X

Régimen sancionador

CAPÍTULO I

Infracciones y sanciones

Artículo 71. *Infracciones.*

1. Constituyen infracciones en materia sanitaria las acciones u omisiones que contravengan las prescripciones establecidas en la presente Ley, en la legislación estatal o autonómica que resulte de aplicación y demás normativa de desarrollo.
2. Las infracciones serán objeto, previa incoación del oportuno expediente, de las sanciones administrativas establecidas en el presente Título, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que pudiera concurrir.
3. En cualquier momento del procedimiento sancionador en que el órgano instructor considere que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, la Administración pasará el tanto de culpa a la jurisdicción competente y se abstendrá de seguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad jurisdiccional no dicte resolución firme. Si no estimara la existencia de delito, la Administración continuará el expediente sancionador tomando como base los hechos que los tribunales hubieran considerado probados.
4. Las infracciones se califican en esta Ley como leves, graves y muy graves.

Artículo 72. *Infracciones leves.*

Sin perjuicio de las infracciones sanitarias tipificadas como leves en la Ley General de Sanidad, y a los efectos de esta Ley, constituyen infracciones leves:

1. El simple incumplimiento del deber de colaboración con las autoridades sanitarias para la elaboración de los registros, sistemas de información y documentos de información sanitaria que establezca la normativa, cuando dicho incumplimiento no tenga trascendencia directa para la salud.
2. La negativa a informar, a las personas que se dirijan a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, respecto de sus derechos.
3. La emisión o difusión al público de anuncios publicitarios o propaganda comercial por cualquier medio, relativa a productos o servicios sanitarios, sin haber obtenido, con carácter previo, la correspondiente autorización sanitaria.
4. La identificación falsa o contraria al principio de veracidad en cuanto a méritos, experiencia o capacidad técnica del personal en su actividad profesional.
5. La falta del respeto debido al personal de los centros dependientes del Servicio de Salud de Castilla y León.
6. El incumplimiento del deber relativo al correcto uso de las instalaciones y servicios sanitarios con el fin de garantizar su conservación y funcionamiento, que no perjudique gravemente la prestación de los servicios sanitarios.
7. El incumplimiento, por simple negligencia, de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria.
8. Aquellas infracciones que, al amparo de lo previsto en el presente Título, merezcan la calificación de leves o no proceda su calificación como faltas graves o muy graves.

Artículo 73. *Infracciones graves.*

Sin perjuicio de las infracciones sanitarias tipificadas como graves en la Ley General de Sanidad, y a los efectos de esta Ley, constituyen infracciones graves:

1. La apertura, el cierre o traslado de un centro, servicio o establecimiento sanitario o la modificación de su capacidad asistencial sin haber obtenido la correspondiente autorización

administrativa o cualquier otro acto administrativo exigible con arreglo a la normativa que resulte aplicable, o en su caso, sin haber presentado la correspondiente declaración responsable o comunicación previa.

2. El incumplimiento por parte de las industrias, establecimientos, actividades y productos con incidencia sobre la salud de las personas de la obligación de disponer de las autorizaciones o registros sanitarios, o en su caso, no haber presentado las comunicaciones previas o declaraciones responsables, con arreglo a la normativa que resulte de aplicación.

3. El incumplimiento de las medidas especiales adoptadas por las autoridades sanitarias, siempre que se produzcan por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

4. El incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario grave.

5. La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias del Sistema Público de Salud de Castilla y León o sus agentes.

6. La coacción, amenaza o represalia dirigida a los profesionales de las instituciones sanitarias y centros dependientes del Servicio de Salud de Castilla y León en el ejercicio de sus funciones.

7. Dificultar la labor inspectora mediante cualquier acción u omisión que perturbe o retrase la misma.

8. El incumplimiento por parte de los titulares de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y de su personal del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas.

9. Dificultar o impedir el disfrute de cualquiera de los derechos reconocidos en la presente Ley a las personas.

10. El incumplimiento del deber relativo al correcto uso de las instalaciones y servicios sanitarios con el fin de garantizar su conservación y funcionamiento, que perjudique gravemente la prestación de los servicios sanitarios.

Artículo 74. *Infracciones muy graves.*

Sin perjuicio de las infracciones sanitarias tipificadas como graves en la Ley General de Sanidad, y a los efectos de esta Ley, constituyen infracciones muy graves:

1. El incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario grave, y que, por concurrir alguno de los criterios contemplados en el apartado segundo de este artículo, merezcan la calificación de infracción muy grave.

2. El incumplimiento de las medidas especiales adoptadas por las autoridades sanitarias, cuando se produzca de modo reiterado o concurra daño grave para la salud de las personas.

3. Las agresiones a los profesionales de las instituciones sanitarias y centros dependientes del Servicio de Salud de Castilla y León.

4. La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias del Sistema Público de Salud de Castilla y León o sus agentes.

5. La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias del Sistema Público de Salud de Castilla y León y sus agentes.

Artículo 75. *Sanciones.*

1. Las infracciones previstas en la presente Ley serán sancionadas con las siguientes multas:

a) Infracciones leves, de 300 a 3.000 euros.
b) Infracciones graves, de 3.001 a 60.000 euros.
c) Infracciones muy graves, desde 60.001 a 600.000 euros.

2. Las sanciones se graduarán conforme a los siguientes criterios:

a) Intencionalidad.

b) Reiteración.
c) Reincidencia.
d) Número de personas afectadas.
e) Perjuicios causados.
f) Beneficios obtenidos a causa de la infracción.
g) Permanencia o transitoriedad de los riesgos.

3. En los supuestos de infracciones muy graves, además de la multa correspondiente, la Junta de Castilla y León podrá acordar el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años.

4. La Junta de Castilla y León podrá, mediante decreto, proceder a la actualización del importe de las sanciones recogidas en el apartado 1 de este artículo a propuesta de la consejería competente en materia sanitaria. La actualización se realizará atendiendo a la variación del Índice de Precios al Consumo, salvo que razones de interés general debidamente justificadas por la consejería competente en materia sanitaria determinen la aplicación de otro criterio a todas o alguna de las sanciones.

Artículo 76. *Prescripción de las infracciones y sanciones previstas en la presente Ley.*

1. Las infracciones leves prescribirán al año, las graves a los dos años y las muy graves a los tres años.

2. Las sanciones impuestas por infracciones calificadas como leves por esta Ley prescribirán al año, las impuestas por infracciones graves a los dos años y las impuestas por infracciones muy graves a los cinco años.

CAPÍTULO II

Potestad sancionadora

Artículo 77. *Competencia sancionadora.*

1. Corresponde el ejercicio de la potestad sancionadora en materia de sanidad, previa instrucción del correspondiente expediente sancionador, a los siguientes órganos:

a) A la Junta de Castilla y León las infracciones muy graves cuando la sanción esté comprendida entre 300.001 € y 600.000 €.
b) Al titular de la Consejería competente en materia de sanidad, las infracciones muy graves no atribuidas a la Junta de Castilla y León.
c) A los titulares de los órganos directivos de la Consejería competente en materia de sanidad, las infracciones graves.
d) A los titulares de las Delegaciones Territoriales de la Junta de Castilla y León, las infracciones leves.

2. Corresponde a las Corporaciones Locales de la Comunidad de Castilla y León el ejercicio de la potestad sancionadora en relación con las infracciones previstas en esta Ley hasta el límite que se fije en la normativa estatal y de régimen local, siempre que dichas infracciones afecten a materias sanitarias sobre las que ostentan competencias. Cuando por la naturaleza y gravedad de la infracción haya de superarse la citada cuantía máxima, se remitirán las actuaciones a la Consejería de Sanidad, la cual deberá comunicar a las Corporaciones Locales que correspondan cuantas actuaciones se deriven de su intervención.

Artículo 78. *Procedimiento.*

El procedimiento sancionador será el establecido en el título IX de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común y en el Decreto 189/1994, de 25 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento Regulador del Procedimiento Sancionador de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Disposición adicional primera. *Transporte a demanda en los supuestos de carencia de profesionales.*

En aquellos casos en los que la carencia de profesionales dificulte la prestación de la asistencia en el ámbito de atención primaria que se desarrolla en los Consultorios Locales, la Gerencia Regional de Salud prestará, de forma gratuita, los servicios de transporte que sean necesarios para que los usuarios afectados puedan ser atendidos en su Centro de Salud o en otro Consultorio Local adscrito a la Zona Básica de Salud respectiva.

Disposición adicional segunda. *Colaboración docente con las Escuelas Universitarias de Enfermería de las Diputaciones Provinciales de Castilla y León.*

1. De conformidad con lo previsto en el artículo 59 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, y en los apartados 1 y 2 del artículo 104 de la Ley General de Sanidad, cuando existan dificultades para la cobertura de las necesidades docentes de las Escuelas Universitarias de Enfermería de titularidad de las Diputaciones Provinciales, la Gerencia Regional de Salud y las Diputaciones Provinciales podrán establecer un régimen de colaboración docente por razones de interés público y a los efectos de garantizar la continuidad académica de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

2. Los convenios de colaboración docente entre la Gerencia Regional de Salud y las Diputaciones Provinciales establecerán, al menos:

a) Las horas de docencia, identificando las asignaturas y los requisitos de titulación exigidos para impartir la docencia requerida.

b) El calendario académico.

c) El número máximo de plazas de la Gerencia Regional de Salud desde las que se pueden ejercer las funciones docentes sin perjuicio de las propias y, en todo caso, con el límite de 120 horas de docencia por plaza y curso académico.

d) El procedimiento de acceso a las funciones docentes que, en todo caso, deberá ser público.

e) El sistema de compensación económica entre administraciones.

f) En todo caso se deberá respetar el régimen normativo de compatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

3. El personal del Servicio Público de Salud de Castilla y León que imparta la docencia será retribuido por la Gerencia Regional de Salud en la forma prevista en su normativa de aplicación.

Disposición transitoria primera. *Órganos de participación del Sistema Público de Salud.*

En tanto no se constituya el Consejo Castellano y Leonés de Salud seguirá ejerciendo sus funciones el actual Consejo Regional de Salud conforme a las normas que lo regulan.

Los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona continuarán rigiéndose por lo dispuesto en el Decreto 48/2003, de 24 de abril, por el que se regulan los órganos de dirección y participación del Sistema de Salud de Castilla y León, hasta tanto no se lleve a cabo el desarrollo reglamentario previsto en los artículos 47 y 48 de esta Ley.

Disposición transitoria segunda. *Régimen sancionador.*

Los procedimientos sancionadores iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de esta Ley seguirán tramitándose conforme la normativa anterior, sin perjuicio de la aplicación de la regulación más favorable en orden a la calificación de las infracciones y sanciones.

Disposición transitoria tercera. *Órgano de participación de la Gerencia Regional de Salud.*

En tanto no se constituya la Comisión Permanente del Consejo Castellano y Leonés de Salud, seguirá ejerciendo sus funciones el Consejo General de la Gerencia Regional de Salud.

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo previsto en esta Ley y de forma expresa las siguientes:

La Ley 1/1993, de 6 abril, de ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, y los artículos 3 y 5 del Decreto 48/2003, de 24 de abril, por el que se regulan los órganos de dirección y participación del Sistema de Salud de Castilla y León.

La Sección Primera del Capítulo I del Título II del Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y que se refiere a su Consejo de Administración.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.*

Se modifica el artículo 94.2 1) en los siguientes términos: «La consignación de datos falsos en documentos establecidos por la Administración sanitaria, en especial en aquellos que se refieran a la participación de los profesionales en procedimientos de concurrencia competitiva o de reconocimiento de derechos a su favor.»

Se modifica el artículo 95.1 en los siguientes términos: «Las faltas serán corregidas con las sanciones que se determinan en el artículo 73.1 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

Además, aquellas que se refieran a la consignación de datos falsos en documentos establecidos por la Administración sanitaria en procedimientos de concurrencia competitiva o de reconocimiento de derechos a favor del profesional, supondrán la exclusión del mismo y la prohibición de participar en el procedimiento de que se trate en la inmediata convocatoria siguiente.»

Disposición final segunda. *Desarrollo reglamentario.*

Se autoriza a la Junta de Castilla y León para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y aplicación de esta Ley.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

Esta Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

ANEXO

Categorías profesionales incluidas en el ámbito de aplicación del artículo 34.3

– Los profesionales determinados en los artículos 2,3, 6 y 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

– Personal directivo de centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León.

– Trabajadores Sociales.

– Personal de Gestión y Servicios.

§ 33

Decreto-ley 2/2012, de 25 de octubre, por el que se adoptan medidas urgentes en materia Sanitaria

Comunidad de Castilla y León
«BOCL» núm. 209, de 30 de octubre de 2012
«BOCL» núm. 209, de 30 de octubre de 2012
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOCL-h-2012-90252

La Comunidad de Castilla y León ha adoptado el Plan Económico-Financiero 2012-2014, en el que se recogen las medidas necesarias para cumplir con los objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, en cumplimiento de lo dispuesto en el Acuerdo 6/2012, de 6 de marzo, del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Las medidas previstas en el citado Plan fueron declaradas idóneas por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en su reunión del día 17 de mayo de 2012.

En la vertiente de gastos, el Plan Económico-Financiero 2012-2014 prevé una serie de medidas de reordenación de la organización territorial y funcional del Sistema Público de Salud de Castilla y León, así como un conjunto de medidas complementarias en materia del personal que presta servicios en los centros e instituciones sanitarias del Sistema Público de Salud.

Entre las condiciones impuestas a la Comunidad de Castilla y León por la adopción del plan de ajuste, se encuentra la remisión de la información requerida por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, como medio por el cual se instrumenta el principio de transparencia, rector de la política presupuestaria del sector público orientada a la estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. El incumplimiento de las obligaciones de suministro de información y transparencia puede llevar aparejada la imposición de la medidas automáticas de corrección previstas en el artículo 20 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

La Ley Orgánica 4/2012, de 28 de septiembre, ha modificado la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera con el objetivo de intensificar la disciplina fiscal y financiera de las Administraciones territoriales, ampliando sus obligaciones de información.

En desarrollo de las previsiones sobre transparencia y suministro de información, se ha dictado la Orden HAP/2105/2012, de 1 de octubre, por la que se desarrollan las obligaciones de suministro de información previstas en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. De acuerdo con lo previsto en su disposición final cuarta, la Orden ha entrado en vigor el día 6 de octubre de 2012 y a partir de ese momento debe remitirse la información referida al ejercicio 2012.

En relación con la información del ejercicio de 2012, ha de destacarse la remisión, antes del día quince de cada mes, de la información actualizada sobre la ejecución del Plan de ajuste acordado relativa, entre otros elementos, al calendario actualizado de las medidas ya

aprobadas y ejecutadas y las medidas pendientes, con especial mención a las medidas aprobadas en el mes anterior.

La situación derivada de la entrada en vigor el día 6 de octubre de 2012 de la citada Orden HAP/2105/2012 exige la adopción de una acción normativa en un plazo inferior al requerido, incluso vía urgencia, por la iniciativa legislativa que corresponde a la Junta de Castilla y León y la ulterior tramitación parlamentaria en las Cortes de Castilla y León.

La aprobación del presente Decreto-ley se justifica en la necesidad de cumplir con los compromisos asumidos en el Plan Económico-Financiero 2012-2014 y remitir la información requerida por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas dentro de los plazos establecidos, y evitar la posible imposición de medidas automáticas de corrección.

En las medidas que se adoptan en el presente Decreto-ley concurren las circunstancias de extraordinaria y urgente necesidad que habilitan a la Junta de Castilla y León para dictar disposiciones legislativas provisionales, bajo la forma de Decretos-leyes, según lo establecido en el artículo 25.4 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.

El presente Decreto-ley contempla una reforma estructural de la ordenación de la atención primaria y de la atención continuada, así como determinadas medidas en materia de recursos humanos que suponen tanto una contención directa del gasto público, como una más eficiente ordenación de todos sus recursos, con el objetivo de disponer de un Sistema de Salud de Castilla y León sostenible garantizando las prestaciones sanitarias a que tienen derecho los ciudadanos, todo lo cual hace necesario que éstas se apliquen con la mayor urgencia posible.

En el ejercicio de las competencias sobre sanidad que ostenta la Comunidad de Castilla y León, de acuerdo con el artículo 74 del Estatuto de Autonomía, las medidas que se adoptan se han estructurado en dos capítulos: el primero relativo a las medidas en materia de personal del Sistema Público de Salud y el segundo relativo a las medidas en materia de ordenación del Sistema Público de Salud.

El capítulo I modifica la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León para ajustar la modificación de las plantillas a los procesos de restructuración derivados de los planes de ordenación de recursos humanos, eliminando la previsión de modificación en el último trimestre de cada ejercicio presupuestario. Se modifica el régimen de prolongación en el servicio activo del personal estatutario, medida además complementada con lo previsto en la Disposición final primera, unificando el régimen jurídico de prolongación de permanencia en el servicio activo aplicable tanto al personal estatutario como al personal sanitario funcionario de las instituciones de la Gerencia Regional de Salud.

La aplicación de estas medidas permitirá, por una parte, no prolongar la permanencia en el servicio activo del personal sanitario, en función de las necesidades asistenciales y atendiendo a criterios de sostenibilidad financiera, y por otra, modificar las plantillas de los centros sanitarios con carácter urgente, todo lo cual repercutirá en una contención directa del gasto sanitario.

A este respecto, cabe señalar que la exención de realizar guardias en el caso de los profesionales sanitarios mayores de 55 años hace necesario contratar a otros profesionales específica y exclusivamente para cubrir guardias, con el consiguiente incremento en los costes y en la precariedad de los contratos. De este modo, la regulación contenida en este Decreto-ley en materia de prolongación del servicio activo, unida a la aprobación del correspondiente plan de recursos humanos, permitirá un rejuvenecimiento de las plantillas y la reducción de los gastos de personal.

Como medida de contención del gasto público, se regula el complemento de productividad del personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud para ajustar el complemento de productividad fija a la baja mediante la fijación de nuevas cuantías para el complemento de productividad fija derivado del Acuerdo Marco de Ordenación de Recursos Humanos y para la mejora de la calidad de la Asistencia de 29 de mayo de 2002, que fue plasmado en el Decreto 121/2004, de 2 de diciembre, por el que se establecen las cuantías individuales del complemento de productividad del personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Medida que será de aplicación a partir de noviembre y diciembre de 2012, tal como así se prevé en la Disposición Transitoria Segunda de la presente disposición.

Respecto de la productividad variable ligada a la consecución de objetivos, sin perjuicio de que la misma se determine, con carácter general, en función de los criterios y directrices establecidos por el Consejero competente en sanidad, se derogan, a través del apartado 2 de la Disposición derogatoria única, las dos órdenes que amparan la percepción de dicho complemento de productividad variable ligado dos casos concretos: los Planes Anuales de Gestión y los Programas Especiales (Programa Anual de Mejora de Lista de Espera y el Programa de Calidad de la Práctica Clínica y de la Prestación Farmacéutica). Dicho complemento de productividad variable se ha venido abonando en el siguiente ejercicio presupuestario, previa evaluación de los planes y programas especiales, por lo que, consecuentemente, tras la entrada en vigor del presente Decreto-ley se suprime el complemento de productividad variable correspondiente a los ejercicios 2012 y siguientes ligado a los citados Planes y Programas.

No obstante, en aras a garantizar a los profesionales sanitarios la percepción del citado complemento de productividad variable correspondiente al ejercicio 2011, cuyo abono, previa evaluación de los programas correspondientes, corresponde realizar con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad de Castilla y León, se incluye una Disposición transitoria tercera que garantice el abono del mismo.

La aplicación de estas medidas va a tener una repercusión directa, en cuanto al ahorro, en los Presupuestos Generales de la Comunidad de Castilla y León.

En el ámbito de la Atención Primaria, es imprescindible reforzar la Zona Básica de Salud como marco para la asignación de las funciones asistenciales ordinarias. Así, sin perjuicio de la división de la Zona Básica de Salud en Demarcaciones Asistenciales, las funciones asistenciales ordinarias podrán ser asignadas, en caso de que existieran necesidades asistenciales sin cubrir, a profesionales sanitarios de distinta Demarcación Asistencial en la misma Zona Básica de Salud, lo que supone una más eficiente distribución de las funciones asistenciales ordinarias y un único régimen jurídico para la asignación de las mismas.

Esta previsión, junto con el régimen jurídico previsto en la Orden SAN/276/2012, de 26 de abril de 2012, sobre organización de la jornada ordinaria, calendario laboral y horarios de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, constituye el régimen jurídico propio aplicable en la Comunidad de Castilla y León en materia de acumulaciones, quedando ya superada definitivamente y sin efecto la regulación contenida en el Decreto 3207/1967, de 28 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 10 de la Ley 116/1966, que reglamentaba el régimen de acumulaciones de plazas de sanitarios locales.

Estas medidas van a tener un triple efecto directo desde el punto de vista de la contención del gasto: un reajuste y mejor aprovechamiento de los efectivos, una reducción del complemento económico a percibir por los profesionales sanitarios y una reducción de las sustituciones, como consecuencia del establecimiento de un nuevo sistema de asignaciones de funciones dentro de la Zona Básica de Salud.

El capítulo II contempla la modificación de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, en determinados aspectos de la ordenación territorial y funcional, a fin de permitir una organización más racional y eficiente de los recursos sanitarios, de tal manera que determinados servicios y recursos puedan ser prestados y utilizados de forma común por varias Zonas Básicas de Salud, y en particular, los puntos de atención continuada desde los que se presta la asistencia sanitaria urgente y de emergencias. La aplicación de esta medida implicará una contención directa en el gasto público.

La disposición adicional única contempla la aplicación, a partir de la entrada en vigor del Decreto-ley, del sistema de complementación económica de la prestación por incapacidad temporal previsto en el artículo 7 del Decreto-ley 1/2012, de 16 de agosto, por el que se establecen medidas urgentes para garantizar la estabilidad presupuestaria, para aquellas situaciones de incapacidad temporal iniciadas antes del día 16 de octubre de 2012, excepto durante los primeros 20 días de incapacidad temporal en los que la complementación económica será la prevista en la normativa vigente hasta la entrada en vigor del Decreto-ley 1/2012.

La disposición transitoria primera prevé un régimen transitorio para el personal estatutario y personal sanitario funcionario que, a la entrada en vigor del presente

Decretoley, se encuentra en situación de prolongación de la permanencia en el servicio activo.

Las disposiciones transitorias segunda y tercera vienen a establecer determinadas normas de derecho transitorio en relación con la regulación del complemento de productividad contemplado en el artículo 2 del presente Decreto-ley.

En este sentido, dado que la regulación contenida en el presente Decreto-Ley afecta en cierta medida a situaciones jurídicas ya declaradas, por razones de seguridad jurídica se establece un régimen transitorio para las mismas a través de las tres disposiciones transitorias; si bien, finalizado dicho régimen transitorio, se hace preciso regularizar tales situaciones, por los mismos motivos de extraordinaria y urgente necesidad que justifican la adopción del presente Decreto-Ley, como son la necesidad de ajustar la dotación de recursos humanos y la contención del gasto público para cumplir los compromisos asumidos en materia de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

La disposición derogatoria única contiene la cláusula genérica de derogación de normas de igual o inferior rango, deroga dos disposiciones de carácter general relativas a la percepción del complemento de productividad ligado al cumplimiento de objetivos de determinados programas asistenciales y finalmente, deroga los pactos o acuerdos que resulten contrarios a lo dispuesto en el presente Decreto-ley.

La disposición final primera, que se dicta en el ejercicio de las competencias asumidas en materia de régimen de empleados públicos de la Comunidad en virtud de lo dispuesto en el artículo 32.3 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, modifica la Ley 7/2005, de 24 de mayo, de la Función Pública de Castilla y León con el objetivo de ajustar la regulación de la prolongación en el servicio activo de los funcionarios públicos. Asimismo, y con el fin de unificar el régimen jurídico, se contempla la aplicación al personal sanitario funcionario que preste servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de la normativa propia del personal estatutario en materia de prolongación en el servicio activo.

La disposición final segunda contiene la cláusula de habilitación de desarrollo reglamentario y, además, habilita expresamente a la Junta de Castilla y León para modificar las previsiones contenidas en el presente Decreto Ley en relación con las cuantías y la forma de determinar el régimen jurídico del complemento de productividad fija correspondiente al personal de las instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, bajo una serie de condicionantes, y en particular, el cumplimiento del objetivo de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

La disposición final tercera dispone la entrada en vigor del presente Decreto-ley el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

En su virtud, la Junta de Castilla y León, a propuesta de la Consejera de Hacienda e iniciativa conjunta de la Consejera de Hacienda y del Consejero de Sanidad y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión de 25 de octubre de 2012

DISPONE

CAPÍTULO I

Medidas en materia de personal del Sistema Público de Salud

Artículo 1. *Modificación de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.*

Uno. Se modifica el apartado 4 del artículo 13 de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, que queda redactado en los siguientes términos:

> «4. Corresponde a los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León realizar el análisis y estudio de las necesidades de personal y, en su caso, efectuar la propuesta de modificación de las plantillas correspondientes para su aprobación por el órgano competente del Servicio de Salud.»

Dos. Se modifica el apartado 4 del artículo 52 de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, que queda redactado en los siguientes términos:

«4. El personal estatutario podrá solicitar voluntariamente, antes de la fecha de cumplimiento de la edad de jubilación forzosa y en los términos que se establezcan en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos, la prolongación de su permanencia en servicio activo hasta cumplir, como máximo, los setenta años de edad, siempre que quede acreditado, en la forma que se determine en un Plan de Ordenación de Recursos Humanos, que mantiene la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento.»

Tres. Se modifica el apartado 5 del artículo 52 de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, que queda redactado en los siguientes términos:

«5. La prolongación de la permanencia en servicio activo será autorizada por los órganos competentes del Servicio de Salud de Castilla y León, de acuerdo con los criterios y las necesidades que se determinen en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos, siempre y cuando se mantenga la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento.

La prolongación de la permanencia en el servicio activo se concederá por un año, pudiendo renovarse anualmente hasta que se cumpla la edad establecida en el apartado 2 del presente artículo.

No obstante, la prolongación de la permanencia en el servicio activo ya autorizada, podrá dejarse sin efecto en el caso de que dejen de concurrir las circunstancias que resultaron determinantes para su reconocimiento, de conformidad con lo establecido en el presente artículo, en el artículo 26 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud y de acuerdo con los criterios y las necesidades que resulten de aplicación en el correspondiente Plan de Ordenación de Recursos Humanos.»

Cuatro. Se modifica el apartado 7 del artículo 52 de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, que queda redactado en los siguientes términos:

«7. El personal estatutario podrá solicitar la prórroga en el servicio activo cuando, en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, le queden seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación.

La prórroga en el servicio activo será autorizada por el órgano competente del Servicio de Salud de Castilla y León, y no podrá prolongarse más allá del día en el que el interesado complete el tiempo de cotización necesario para causar pensión de jubilación, sea cual sea el importe de la misma. Su concesión estará supeditada a que quede acreditado, en la forma que se determine en un Plan de Ordenación de Recursos Humanos, que el interesado mantiene la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento.

No obstante, la prórroga concedida podrá dejarse sin efecto en el supuesto que quede acreditado que el interesado ha dejado de reunir la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento».

Cinco. Se añade un apartado 8 al artículo 52 de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, que queda redactado en los siguientes términos:

«8. El plazo para resolver y notificar la autorización de la prolongación de la permanencia en el servicio activo será de 2 meses; transcurrido el mismo, sin haberse dictado resolución expresa, el interesado podrá entender desestimada su solicitud de prolongación de la permanencia en el servicio activo.»

Artículo 2. *Complemento de productividad del personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud.*

1. El complemento de productividad fija que corresponde percibir al personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud se fija en las siguientes cuantías, con carácter anual y mensual, para cada grupo profesional:

GRUPOS	PRODUCTIVIDAD ACUERDO MARCO ANUAL/MENSUAL					
	AP		AE		GESCYL	
	ANUAL	MENSUAL	ANUAL	MENSUAL	ANUAL	MENSUAL
A/A1	551,88	45,99	1.313,16	109,43	703,92	58,66
Cupo		0,00	394,20	32,85		0,00
B/A2	340,44	28,37	418,92	34,91	439,32	36,31
C/C1	237,60	19,80	268,92	22,41	237,60	19,80
D/C2	198,96	16,58	207,00	17,25	253,68	21,14
E/Agrup.Prof.	184,32	15,36	183,84	15,32		0,00
GRUPO 1	551,88	45,99	1.313,16	109,43		0,00
GRUPO 2	340,44	28,37	418,92	34,91		0,00
GRUPO 3	237,60	19,80	268,92	22,41		0,00
GRUPO 4	198,96	16,58	207,00	17,25		0,00
GRUPO 5	184,32	15,36	183,84	15,32		0,00

2. El complemento de productividad por cumplimiento de objetivos se determinará en función de los criterios y directrices que establezca el Consejero competente en materia de sanidad, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

Artículo 3. *Funciones asistenciales en las Zonas Básicas de Salud.*

1. Cuando en una Demarcación Asistencial existieran necesidades asistenciales sin cubrir, corresponde a los profesionales sanitarios de la Zona Básica de Salud atender dichas necesidades mediante la asignación de las funciones asistenciales ordinarias.

2. Cuando las funciones asistenciales ordinarias de una Demarcación Asistencial correspondiente a un puesto de trabajo queden sin cubrir por ausencia temporal del titular o porque el citado puesto se encuentre vacante, podrán ser atribuidas a uno o varios profesionales sanitarios que ocupen un puesto de trabajo en otra Demarcación Asistencial de la misma Zona Básica de Salud.

CAPÍTULO II

Medidas en materia de Ordenación del Sistema Público de Salud

Artículo 4. *Modificación de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.*

Uno. Se modifica el apartado 1 del artículo 15 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, que queda redactado en los siguientes términos:

> «1. La Zona Básica de Salud es el marco territorial y poblacional donde se desarrollan las actividades sanitarias de la Atención Primaria, sin perjuicio de que éstas se puedan desarrollar fuera de la misma cuando existieran servicios o recursos comunes para varias Zonas Básicas de Salud.»

Dos. Se modifica el apartado 1 del artículo 22 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, que queda redactado en los siguientes términos:

> «1. La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que una situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante

las veinticuatro horas del día, todos los días del año, mediante la atención médica y de enfermería y con la colaboración de otros profesionales.

La atención continuada en Atención Primaria se establecerá con criterios funcionales y de necesidad asistencial, pudiendo, en función de los mismos, superar el ámbito de la

Zona Básica de Salud.»

Disposición adicional única. *Aplicación del sistema de complementación económica de la prestación por incapacidad temporal.*

La complementación económica por parte de la Administración de la Comunidad de Castilla y León durante la situación de incapacidad temporal para el personal funcionario, estatutario y laboral de la Administración General de la Comunidad y organismos y entidades dependientes de ella a los que le sea de aplicación el Régimen General de la Seguridad Social será la prevista en el artículo 7 del Decreto-ley 1/2012, de 16 de agosto, por el que se establecen medidas urgentes para garantizar la estabilidad presupuestaria, para las situaciones de incapacidad temporal iniciadas antes del 16 de octubre de 2012, excepto durante los primeros veinte días del proceso de incapacidad temporal en los que la complementación económica será la prevista en la normativa vigente hasta la entrada en vigor del citado Decreto-ley 1/2012.

Disposición transitoria primera. *Personal estatutario y personal sanitario funcionario que se encuentra en situación de prolongación de permanencia en servicio activo en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.*

1. Como medida coyuntural y por razones de contención del gasto público, el personal estatutario y el personal sanitario funcionario de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León que, a la fecha de entrada en vigor del presente Decreto-ley, se encuentre en la situación de prolongación de permanencia en el servicio activo, se mantendrá en la misma situación hasta la aprobación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos correspondiente.

2. Una vez aprobado el Plan de Ordenación de Recursos Humanos y a partir de su entrada en vigor, en el plazo de tres meses finalizarán las prolongaciones de servicio activo autorizadas, salvo que por resolución expresa de los órganos competentes del Servicio de Salud de Castilla y León, y de acuerdo con los criterios y las necesidades que se determinen en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos, se autorice la permanencia en la prolongación del servicio activo.

Disposición transitoria segunda. *Complemento de productividad fija del personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.*

En las nóminas pendientes de percibir en el año 2012, a la fecha de entrada en vigor del presente Decreto-ley, se abonará, en concepto de productividad fija, las cuantías previstas con carácter mensual en el apartado 1 del artículo 2 del presente Decreto-ley.

Disposición transitoria tercera. *Complemento de productividad por cumplimiento de objetivos del personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.*

Sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición derogatoria del presente Decreto-ley, el complemento de productividad ligado al cumplimiento de objetivos de los Planes Anuales de Gestión y de los Programas Especiales (Programa Anual de Mejora de Lista de Espera y Programa de Calidad de la Práctica Clínica y de la Prestación Farmacéutica) correspondiente al ejercicio 2011, se abonará conforme a lo previsto en la Orden SAN/2394/2009, de 28 de diciembre, por la que se establecen criterios para la asignación de incentivos por participación en Programas Especiales en la Gerencia Regional de Salud y en la Orden SAN/2395/2009, de 28 de diciembre, por la que se establecen criterios para la asignación de incentivos por cumplimiento de objetivos del Plan Anual de Gestión de la Gerencia Regional de Salud.

Disposición derogatoria única.

1. Quedan derogadas cuantas normas de igual o inferior rango contradigan o se opongan a lo establecido en este Decreto-Ley, y en particular el Decreto 121/2004, de 2 de diciembre, por el que se establecen las cuantías individuales del complemento de productividad del personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

2. Quedan derogadas las siguientes Órdenes:

– Orden SAN/2394/2009, de 28 de diciembre, por la que se establecen criterios para la asignación de incentivos por participación en Programas Especiales de la Gerencia Regional de Salud.

– Orden SAN/2395/2009, de 28 de diciembre, por la que se establecen criterios para la asignación de incentivos por cumplimiento de objetivos del Plan Anual de Gestión de la Gerencia Regional de Salud.

3. A partir de la entrada en vigor del presente Decreto-ley, queda sin efecto todo pacto o acuerdo que resulte contrario a lo dispuesto en este Decreto-ley.

En particular, queda sin efecto cualquier compromiso que pudiera derivar de Acuerdos o Pactos firmados que vincule la amortización o modificación del régimen jurídico de los puestos de trabajo de personal funcionario sanitario a la finalización de procesos de consolidación de empleo del personal sanitario funcionario.

No obstante lo anterior, en todo caso deberá respetarse el número de plazas ofertadas en los mencionados procesos de consolidación de empleo de personal sanitario funcionario pendientes de resolución.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 7/2005, de 24 de mayo, de la Función Pública de Castilla y León.*

Se modifica el artículo 38 de la Ley 7/2005, de 24 de mayo, de la Función Pública de Castilla y León que queda redactado en los siguientes términos:

«Artículo 38. *Jubilación.*

1. La jubilación de los funcionarios podrá ser:

a) Voluntaria, a solicitud del funcionario.

b) Forzosa, al cumplir la edad legalmente establecida.

c) Por la declaración de incapacidad permanente para el ejercicio de las funciones propias de su cuerpo o escala, o por el reconocimiento de una pensión de incapacidad permanente absoluta o incapacidad permanente total en relación con el ejercicio de las funciones de su cuerpo o escala.

2. Los funcionarios de la Administración Pública de la Comunidad de Castilla y León podrán solicitar la jubilación voluntaria siempre que reúnan los requisitos y condiciones establecidos en el Régimen de Seguridad Social que les sea aplicable.

3. La jubilación forzosa se declarará de oficio al cumplir el funcionario la edad establecida en la legislación básica del Estado.

No obstante se podrá solicitar la prolongación de la permanencia en el servicio activo como máximo hasta que se cumpla setenta años de edad. La Administración Pública deberá de resolver de forma motivada la aceptación o denegación de la prolongación de la permanencia en el servicio activo de acuerdo, entre otros, con los siguientes criterios:

a. La aptitud para el cumplimiento de las tareas y funciones propias del puesto de trabajo que se ocupa.

b. La conducta profesional, el rendimiento o la consecución de objetivos.

c. Razones organizativas y de racionalización de los recursos humanos.

La prolongación de la permanencia en el servicio activo podrá concederse por un año, pudiendo renovarse anualmente hasta que se cumpla la edad establecida en el

artículo 67.3, párrafo segundo, de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

De lo dispuesto en el presente apartado quedan exceptuados los funcionarios de aquellos Cuerpos y Escalas cuya legislación específica así lo establezca.

4. Al personal sanitario funcionario que preste sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud le será de aplicación en cuanto a la prolongación de la permanencia en el servicio activo las disposiciones aplicables al personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.»

Disposición final segunda. *Desarrollo reglamentario.*

1. Se autoriza a la Junta de Castilla y León y al Consejero de Sanidad, en el ámbito de sus respectivas competencias, para dictar las disposiciones y adoptar las medidas necesarias para el desarrollo y ejecución de lo establecido en este Decreto-ley.

2. Se autoriza a la Junta de Castilla y León a modificar lo previsto en el apartado 1 del artículo 2 relativo al complemento de productividad del personal de las instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, siempre y cuando el crecimiento económico supere el 2,5% del Producto Interior Bruto Interanual de Castilla y León y además se cumplan los objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

El presente Decreto-ley entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

§ 34

Decreto-ley 1/2019, de 28 de febrero, sobre medidas urgentes en materia de sanidad

Comunidad de Castilla y León
«BOCL» núm. 43, de 4 de marzo de 2019
Última modificación: 14 de mayo de 2024
Referencia: BOCL-h-2019-90340

I

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud, atribuyendo a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública.

La Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, en su artículo 74 establece que son competencia exclusiva de la Comunidad de Castilla y León, sin perjuicio de las facultades reservadas al Estado, las funciones en materia de sanidad y salud pública, la promoción de la salud en todos los ámbitos, la planificación de los recursos sanitarios públicos, la coordinación de la sanidad privada con el sistema sanitario público y la formación sanitaria especializada. Atribuyéndole la facultad de organizar y administrar para aquellas finalidades, y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes mencionadas.

Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, en su artículo 2 regula como principios rectores del Sistema de Salud, entre otros, el reconocimiento y la motivación de los profesionales del Sistema de Salud. De igual manera, en su artículo 7 sanciona, entre las competencias atribuidas a la Consejería de Sanidad, el establecimiento de los criterios, directrices y prioridades, en función de las necesidades, de la política en materia de salud de la Comunidad de Castilla y León.

En estos momentos, la sanidad de Castilla y León presenta un déficit de profesionales médicos en el ámbito de la atención primaria, contando además con una plantilla bastante envejecida, lo que determina que si no se adoptan medidas con carácter urgente, la situación podría verse agravada en extremo. A lo que hay que añadir la existencia de puestos en los que existen serias dificultades para su cobertura de forma continuada y estable. En vista de ello, se hace preciso adoptar medidas tendentes a erradicar esa carencia de profesionales, para así poder ofrecer una prestación asistencial de calidad en todos y cada uno de los centros sanitarios de esta Comunidad, en algunos de los cuales en estos momentos la prestación asistencial se hace más compleja que en el resto. Asimismo, se hace preciso acordar medidas que permitan retener a nuestros profesionales, a través de la mejora de sus condiciones laborales, evitando así su salida del servicio de salud de Castilla y León; así como medidas para atraer profesionales a nuestra Comunidad, evitando carencias en la prestación sanitaria, especialmente en aquellos puestos denominados como de difícil cobertura.

En esa línea, se aprueban actuaciones que tienden a motivar a los profesionales con medidas de carácter retributivo, que se traducen en una mejora de sus condiciones de

trabajo; medidas que favorezcan el que dichos profesionales elijan voluntariamente prestar servicios en las zonas que se califican como de difícil cobertura o provisión; y medidas que faciliten la existencia de profesionales médicos suficientes, para dar satisfacción a todas las necesidades asistenciales que puedan surgir.

Dicho lo cual, es prioritario adoptar las medidas en materia sanitaria, tanto desde el punto de vista de los recursos humanos como de la organización sanitaria, que se incluyen en el presente Decreto-ley, en aras a conseguir una más eficiente ordenación de los mismos, con el objetivo de disponer de un Sistema de Salud de Castilla y León sostenible, garantizando las prestaciones sanitarias a que tienen derecho los ciudadanos, todo lo cual hace necesario que éstas se apliquen con carácter urgente.

En el ejercicio de las competencias sobre sanidad que ostenta la Comunidad de Castilla y León, de acuerdo con el artículo 74 del Estatuto de Autonomía, las medidas que se adoptan se han estructurado en cuatro títulos, 8 artículos, una disposición adicional, una derogatoria, y dos disposiciones finales.

El título I se refiere a las medidas en materia de productividad variable de los profesionales de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud, derivada del Plan Anual de Gestión.

En tal sentido, ha de tenerse en cuenta que Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, establece en su artículo 29, que como procedimiento dirigido a mejorar la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de sus funciones, la Gerencia Regional de Salud podrá establecer con sus centros dependientes, planes y programas, que se constituirán como instrumento de trabajo por el cual se vinculan de forma directa las relaciones de la Gerencia Regional de Salud y sus centros.

A tales efectos, y de acuerdo con los principios de eficacia, eficiencia y responsabilidad en la gestión, y de la mejora continuada y participación en la orientación y evaluación de los servicios, así como el reconocimiento y la motivación de los profesionales del Sistema de Salud, la Gerencia Regional de Salud elabora los Planes Anuales de Gestión, que se constituyen como una herramienta para lograr a través de los distintos Centros e Instituciones Sanitarias, una mejor gestión de los recursos humanos, técnicos y financieros encomendados.

El Plan Anual de Gestión responde así a la materialización de las competencias atribuidas a la Gerencia Regional de Salud, que mediante la dirección por objetivos y la evaluación continua, establece metas a largo plazo para, por una parte, dar respuesta a las necesidades detectadas y por otra, potenciar las fortalezas acreditadas, todo ello, como parte de la estrategia en la prestación de la asistencia sanitaria encomendada a la Gerencia Regional de Salud.

Esta adaptación debe ser llevada a cabo de forma urgente y con carácter excepcional, sin ser posible que se dilate dicha medida en el tiempo, con el fin de que los profesionales recuperen de forma inminente parte de los derechos retributivos limitados a través del referido Decreto-ley 2/2012, de 25 de octubre, por el que se adoptan medidas urgentes en materia Sanitaria, se regulan determinadas medidas de contención del gasto público, que responden a la necesidad de cumplir con los compromisos asumidos en el Plan Económico-Financiero 2012-2014.

De este modo, se busca anticipar y responder de manera adecuada y oportuna a los retos que esta mejora de la asistencia impone a la Junta de Castilla y León como parte del compromiso con la sociedad, logrando avanzar en el desarrollo de una gestión descentralizada y participativa.

A su vez entre los distintos Centros de Gestión y sus respectivos Servicios, Unidades y Equipos se establecerá un «Pacto de Objetivos», donde se determinarán los aspectos concretos que del Plan de Gestión afectan a cada Servicio, Unidad o Equipo, así como aquellos que se consideren necesarios para garantizar el funcionamiento y la mejora continua de la calidad asistencial del Centro o Institución Sanitaria, teniendo en cuenta las características propias de cada Servicio, Unidad o Equipo. Al mismo tiempo, en dicho pacto se definirán las metas a alcanzar, los parámetros de evaluación y la verificación de su grado de cumplimiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera necesario, por una parte, instrumentalizar la herramienta que permita incentivar a los profesionales por el cumplimiento de los objetivos

del Plan Anual de Gestión, estableciendo los criterios para la asignación de los incentivos, lo cual se hace mediante el presente Decreto-ley por concurrir en la aprobación de tales medidas, las circunstancias de extraordinaria y urgente necesidad que habilitan a la Junta de Castilla y León para dictar disposiciones legislativas provisionales, bajo esta forma de Decreto-ley, según lo establecido en el artículo 25.4 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.

El título II regula las medidas para el reconocimiento y la provisión de los puestos de difícil cobertura en el ámbito de la atención primaria de la Gerencia Regional de Salud.

La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, en la línea fijada por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, constituye la atención primaria como la atención individual resolutiva de primer nivel, en el ámbito familiar y comunitario, siendo el nivel básico inicial asistencial que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente. Una atención primaria cuya delimitación se establecerá atendiendo a criterios geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías de comunicación, de recursos sanitarios, así como a otros criterios relacionados con la optimización en la ordenación de los recursos y de optimización de la respuesta a las necesidades sanitarias de los ciudadanos.

Teniendo en cuenta que la organización de los servicios sanitarios tiene que dar respuesta al objetivo de garantizar una adecuada y correcta asistencia sanitaria a la población, en aras a hacer efectivo ese derecho constitucional a la protección de la salud, es responsabilidad de la Administración Sanitaria determinar los criterios de planificación y ordenación territorial de los recursos humanos, para asegurar la adecuada dotación de los mismos. Planificación, para cuyo desarrollo e implementación ha de tenerse en cuenta que en ocasiones se perfilan puestos de trabajo que, por sus concretas y específicas características de prestación o especialidad sanitaria a la que están vinculados, o por la naturaleza, ubicación, o características de las zonas a las que están adscritos, resultan poco atractivos para los profesionales sanitarios, resultando su provisión más compleja que en los demás.

Entendiendo que tales características podrían en algunos casos interferir en la calidad de la prestación sanitaria, si no se adoptan medidas necesarias para paliar los déficit asistenciales que puntualmente puedan llegar a producirse, se aprueba esta norma con la finalidad esencial de poder ofrecer una respuesta específica por parte de las autoridades sanitarias, que garantice el derecho efectivo a la protección de la salud en condiciones de máxima igualdad. Resulta, pues, conveniente, dictar una norma que, a través del establecimiento de unos criterios generales y medidas incentivadoras, y sin perjuicio de otras que en su momento y confluyendo una coyuntura económica más favorecedora que la actual puedan adoptarse a nivel retributivo, facilite la cobertura/provisión de este tipo de puestos que, en sí mismos y por las características inherentes al propio puesto, o por cuestiones coyunturales como el desequilibrio entre la oferta y demanda de profesionales a ocupar tales puestos, resulten menos atractivos, contribuyendo, de esta manera, a la mejora de la calidad asistencial del Servicio de Salud de Castilla y León.

Teniendo en cuenta que la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, contempla en su artículo 12.1 que la planificación de los recursos humanos en los servicios de salud estará orientada a su adecuado dimensionamiento y distribución en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios. En el mismo sentido, se pronuncia el artículo 11 de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

Medida, que como queda constatado en los párrafos precedentes es necesario adoptar para poder cubrir los puestos denominados de difícil cobertura, con carácter excepcional y de forma urgente; ofreciendo una prestación asistencial de la máxima calidad, independientemente de la ubicación o características del puesto a ocupar.

El título III hace referencia a las medidas en materia de fidelización de los licenciados sanitarios especialistas en medicina familiar y comunitaria, aplicables, con carácter excepcional, en los años 2019 y 2020.

De este modo, la regulación contenida en este Decreto-ley en materia de fidelización de licenciados que recientemente han finalizado su especialidad, en los últimos tres años,

permitirá no sólo ofrecer una cobertura asistencial en aquellas situaciones en que es preciso por el actual déficit de profesionales médicos en la atención primaria, sino también un rejuvenecimiento de las plantillas toda vez que de todos es sabido que las plantillas de licenciados especialistas en medicina familiar y comunitaria en estos momentos es una plantilla significativamente envejecida.

Esta medida pretende, esencialmente, dar satisfacción y cobertura a las necesidades actuales de licenciados especialistas en medicina familiar y comunitaria, consiguiendo también y de manera indirecta no sólo el rejuvenecimiento de las plantillas, sino también mantener el vínculo con los especialistas que han finalizado su residencia y desean formar parte de la sanidad de Castilla y León con un vínculo más prolongado en el tiempo y en aquellas situaciones en que la cobertura asistencial se hace más necesaria.

Y, el título IV se refiere a las medidas de implementación de servicios de transporte a demanda en los casos en que fuera preciso para poder ofrecer la cobertura asistencial precisa, en aquellos supuestos en que no fuera posible hacerlo en los consultorios locales por carencia de profesionales. A tales efectos, se modifica la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, añadiendo en la misma una Disposición adicional única que regula esta materia.

Con esta medida, se pretende hacer posible la prestación asistencial salvando los posibles obstáculos derivados de la carencia de profesionales que puedan dificultar su prestación directamente en los propios consultorios locales. En estos casos, en lugar del desplazamiento del profesional, se posibilita el desplazamiento del usuario sanitario al centro de salud o a otro consultorio local de la Zona Básica de Salud. Desplazamiento, transporte a demanda, que resultará gratuito para el usuario y que al igual que todas las medidas anteriormente referenciadas, tiende a procurar una prestación asistencial de la máxima calidad en el Servicio de Salud de Castilla y León.

Todas estas medidas que se adoptan mediante el presente Decreto-ley por concurrir en la aprobación de las mismas, las circunstancias de extraordinaria y urgente necesidad que habilitan a la Junta de Castilla y León para dictar disposiciones legislativas provisionales, bajo esta forma de Decreto-ley, según lo establecido en el artículo 25.4 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. Ha de tenerse en cuenta que se están adoptando un importante número de medidas para tratar de soslayar las dificultades existentes en estos momentos en la prestación asistencial sanitaria, esencialmente en el ámbito de la atención primaria, y que no admiten demora en su aprobación e implementación, lo que ha determinado su inclusión en este Decreto-ley por su naturaleza urgente y excepcional.

Una disposición adicional, que en relación con el contenido del título I, habilita al Consejero de Sanidad, para la determinación del fondo de incentivos para el cumplimiento de los objetivos del Plan Anual de Gestión.

Una disposición derogatoria, que contiene la cláusula genérica de derogación de cuantas normas de igual o inferior rango, contravengan lo dispuesto en el presente Decreto-ley.

Y, por último, dos disposiciones finales, la primera, la habilitación para el desarrollo de este Decreto-ley y, la segunda para el establecimiento de la entrada en vigor de la norma.

En su virtud, la Junta de Castilla y León, a propuesta de la Consejería de Sanidad e iniciativa conjunta de la Consejera de Economía y Hacienda y del Consejero de Sanidad y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión de 28 de febrero de 2019,

DISPONE:

TÍTULO I

Medidas en materia de productividad variable de los profesionales de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud

Artículo 1. *Ámbito de aplicación.*

1. El Plan Anual de Gestión (en adelante PAG) constituye, para cada ejercicio presupuestario y Centro de Gestión, el instrumento de dirección por objetivos de la Gerencia Regional de Salud, e incluye los objetivos anuales que se pretenden alcanzar en cada

ámbito de gestión así como los indicadores de cumplimiento que serán objeto de evaluación cuantitativa. A su vez, entre los distintos Centros de Gestión y sus respectivos Servicios, Unidades y/o Equipos se establecerá un Pacto de Objetivos, donde se establecerán los objetivos e indicadores concretos que del Plan de Gestión afectan a cada Servicio, Unidad y/o Equipo y que serán determinantes para la asignación individual de la productividad variable por cumplimiento de objetivos.

2. La productividad por cumplimiento de los objetivos del PAG prevista en el presente título será de aplicación al personal que presta sus servicios en los Centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud.

Artículo 2. *Criterios de distribución de la productividad variable.*

1. Partiendo de la cuantía establecida para el complemento de productividad en cada ejercicio presupuestario, de acuerdo con la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se constituirá el fondo global máximo de incentivos variables para el cumplimiento de los objetivos del PAG de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

2. La determinación de la cuantía individual máxima a percibir por cada profesional se establecerá anualmente a partir del fondo global máximo de incentivos y del número estimado de efectivos con derecho a su percepción, teniendo en cuenta los índices de ponderación relativa según la categoría profesional / puesto ocupado / ámbito de gestión que se establecen en el anexo I.

3. La cuantificación del complemento de productividad variable por cumplimiento de objetivos del PAG que corresponda percibir de forma efectiva a cada profesional resultará de aplicar a la cuantía individual máxima según la categoría profesional / puesto ocupado / ámbito de gestión el indicador porcentual de cumplimiento de los objetivos del Plan Anual de Gestión del Servicio/Unidad y/o Equipo en el que esté integrado dicho profesional y, en su caso, la reducción por tiempo trabajado. La evaluación del cumplimiento de los objetivos anuales previstos en el PAG así como la liquidación de la productividad variable se realizará con carácter anual en el ejercicio siguiente.

4. Para la percepción del complemento de productividad por cumplimiento de objetivos del PAG, será necesario el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Haber prestado servicios en jornada ordinaria en el Centro de Gestión al menos una cuarta parte del período objeto de evaluación.

A los efectos de percepción del complemento de productividad, el tiempo en incapacidad temporal no se considerará tiempo de trabajo efectivo a partir del decimosexto día que se haya estado en situación de incapacidad temporal en cómputo anual. No obstante, sí se considerarán tiempo de trabajo efectivo los periodos de baja por accidente de trabajo y por enfermedad profesional.

Se considerarán igualmente como tiempo de trabajo efectivo las situaciones de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, así como los permisos retribuidos por maternidad, por paternidad, por lactancia de un hijo menor de doce meses, por adopción o acogimiento simple, por acogimiento preadoptivo o acogimiento permanente, por cuidado de un familiar de primer grado por razones de enfermedad muy grave y por cuidado de hijo menor afectado de cáncer u otra enfermedad grave.

Los liberados sindicales, a tiempo completo, percibirán como incentivos la media aritmética de los percibidos por el personal de su categoría profesional del servicio o equipo en la que estuviere ubicada la plaza en la que estuviere liberado y en las mismas condiciones que las correspondientes al personal homólogo.

b) Facilitar la información necesaria para la evaluación y verificación del cumplimiento de objetivos.

c) La obtención por cada Servicio, Unidad y/o Equipo de al menos el 50 % de la puntuación del pacto de objetivos.

d) Adicionalmente, partiendo de la cuantía establecida para el complemento de productividad en cada ejercicio presupuestario, de acuerdo con la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se constituirá otro fondo para los incentivos del personal directivo de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia

Regional, que se distribuirá en función del grado de cumplimiento del Centro de los objetivos del PAG, teniendo en cuenta los índices de ponderación relativa según el puesto ocupado / ámbito de gestión que se establecen en el anexo II.

Artículo 3. *Información y participación.*

1. Las Juntas de Personal y Comités de Empresa o, en su caso, las Secciones Sindicales, conocerán y serán informadas del contenido y seguimiento de los Planes Anuales de Gestión de cada Centro de Gestión y de los Pactos de Objetivos con los Servicios/Unidades y/o Equipos, realizados desde la Gerencia Regional de Salud.
2. Se facilitará la participación de los profesionales en el seguimiento del cumplimiento del Plan Anual de Gestión y de los Pactos de Objetivos mediante la constitución de las Comisiones que se establezcan en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

TÍTULO II

Medidas para el reconocimiento e incentivación de los puestos de difícil cobertura en el ámbito de atención primaria de la Gerencia Regional de Salud

Artículo 4. *Reconocimiento de los puestos de difícil cobertura.*

1. A los efectos de este Decreto-ley, se considera puesto de difícil cobertura/provisión aquél que según criterios objetivos establecidos en el apartado siguiente y valoración contenida en el Anexo III de esta norma, sea declarado como tal, por contar con una puntuación igual o superior a 7 puntos.
2. Los criterios objetivos a tener en cuenta para calificar un puesto como de difícil cobertura/provisión, son:

a) distancia desde el centro de salud al hospital/complejo asistencial de referencia
b) tiempo semanal empleado en los desplazamientos
c) grado de dispersión geográfica
d) accesos adversos.

3. Las medidas contenidas en el presente Decreto-ley relacionadas con el desempeño de puestos de difícil cobertura serán de aplicación a los empleados públicos que presten servicios en puestos declarados como tal en el ámbito asistencial de la atención primaria del Servicio de Salud de Castilla y León.

Artículo 5. *Declaración de puestos de difícil cobertura/provisión.*

1. La declaración de los puestos de difícil cobertura/provisión se llevará a cabo mediante Orden del titular de la Consejería competente en materia de sanidad, a propuesta del titular de la Dirección Gerencia de la Gerencia Regional de Salud.
2. La calificación de puesto como de difícil cobertura/provisión se revisará obligatoriamente cada cuatro años, sin perjuicio de hacerlo con inferior periodicidad si la Gerencia Regional de Salud, a propia iniciativa o a petición de las Gerencias implicadas, así lo estima oportuno.

Artículo 6. *Medidas de incentivación.*

La prestación de servicios en los puestos de difícil cobertura/provisión, será incentivada a través de las siguientes medidas:

1. Reconocimiento del Complemento de garantía asistencial, destinado a remunerar al personal que desempeñe puestos de trabajo identificados como de difícil cobertura, con las siguientes cuantías:

Grupo A1: 6000 € anuales.
Grupo A2: 1300 € anuales.
Grupo C1: 300 € anuales.

Grupo C2: 300 € anuales.
Otras Agrupaciones Profesionales: 300 € anuales.

2. Flexibilización del horario, en aras a una mejor consecución de la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, teniendo en cuenta las necesidades organizativas o de planificación de cada centro.

3. Disponibilidad en los llamamientos temporales de interinidad en las bolsas de empleo temporal, siempre que el profesional lleve más de un año desempeñando dicho puesto, pudiendo ser llamado para la cobertura de otra interinidad en la misma categoría y/o especialidad, dentro de las áreas elegidas en su solicitud de inscripción en la bolsa de empleo correspondiente.

4. Valoración como mérito en la carrera profesional, considerándose como cooperación con el Servicio de Salud, valorándose como mérito en gestión clínica a efectos de la evaluación de los méritos curriculares en el procedimiento ordinario para el reconocimiento individual de grado de carrera profesional, con un crédito de 1 punto por cada año desempeñado.

5. Prioridad en la participación en las actividades de formación, incluyéndose como criterios de selección o concesión de las solicitudes presentadas, la preferencia para ser destinatarios de los mismos, de quienes se encuentren desempeñando puestos de difícil cobertura/provisión en todos aquellos cursos directamente relacionados con su actividad profesional.

6. Prioridad de los centros e instituciones sanitarias a los que estén adscritos los puestos de difícil cobertura, en los proyectos piloto o de investigación que, de alguna manera, puedan mejorar y facilitar las condiciones de trabajo y la prestación asistencial en tales puestos.

TÍTULO III

Medidas en materia de fidelización de los licenciados sanitarios especialistas en medicina familiar y comunitaria

Artículo 7. *Fidelización licenciados sanitarios especialistas en medicina familiar y comunitaria.*

Con carácter excepcional, durante los años 2019 y 2020, se podrán realizar anualmente nombramientos eventuales a todos los licenciados sanitarios especialistas en medicina familiar y comunitaria, que hayan finalizado su residencia en los tres años anteriores a la fecha del nombramiento, al amparo del artículo 23.1 a) y b) de la Ley 2/2007, de 7 de abril, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, por un periodo de dos años, prorrogable, en su caso, por un año más, de conformidad con lo establecido en el artículo citado. Realizándose, cuando hubiera transcurrido un periodo acumulado de doce o más meses en un periodo de dos años, un estudio y posterior valoración sobre si procede la creación de una plaza en la plantilla orgánica.

TÍTULO IV

Medidas para la implementación del servicio de transporte a demanda en los supuestos de carencia de profesionales

Artículo 8. *Modificación Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, añadiendo en la misma una Disposición adicional única.*

> **«Disposición adicional única.** *Transporte a demanda en los supuestos de carencia de profesionales.*
>
> En aquellos casos en los que la carencia de profesionales dificulte la prestación de la asistencia en el ámbito de atención primaria que se desarrolla en los Consultorios Locales, la Gerencia Regional de Salud prestará, de forma gratuita, los

servicios de transporte que sean necesarios para que los usuarios afectados puedan ser atendidos en su Centro de Salud o en otro Consultorio Local adscrito a la Zona Básica de Salud respectiva.»

Disposición adicional. *Competencia para la determinación del fondo de objetivos.*

Al titular de la consejería competente en materia de sanidad le corresponde, como responsable de la gestión de cada programa de gasto, la determinación de los fondos de incentivos para el cumplimiento de los objetivos del Plan Anual de Gestión, que dentro de las asignaciones presupuestarias, corresponda anualmente a cada ámbito y a cada centro de gestión para el abono de la productividad por cumplimiento de objetivos.

Disposición derogatoria.

Con carácter general quedan derogadas cuantas normas de igual o inferior rango contradigan o se opongan a lo establecidos en este Decreto-ley.

Disposición final primera. *Habilitación normativa.*

Se autoriza a la Junta de Castilla y León para dictar las disposiciones y adoptar las medidas necesarias para el desarrollo y ejecución de lo establecido en este Decreto-ley.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

El presente Decreto-ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

ANEXO I

Índices de ponderación para la distribución de la productividad variable

Los índices de ponderación relativa según la categoría profesional / puesto ocupado / ámbito de gestión serán los siguientes:

Índice de ponderación	Especializada	Primaria	Emergencias
JEFATURA DE SERVICIO SANITARIA.	112,88		
JEFATURA DE SECCIÓN/UNIDAD SANITARIA.	107,97		
JEFATURA DE GRUPO.	20,10	20,10	20,10
JEFATURA DE EQUIPO.	18,13	18,13	
JEFE/A DE UNIDAD DE ENFERMERÍA (supervisor área funcional).	47,11		
JEFE/A DE UNIDAD DE ENFERMERÍA (supervisor).	43,19		
JEFATURAS SANITARIAS (Todas).		100,00	100,00
SUBGRUPO A1 SANITARIO.	100,00	100,00	100,00
SUBGRUPO A2 SANITARIO.	34,65	34,65	34,65
JEFATURA SERVICIO NO SANITARIO.	96,17		
JEFATURA DE UNIDAD NO SANITARIO.	88,34		
JEFATURAS NO SANITARIAS.		88,34	
SUBGRUPO A1 NO SANITARIO.	81,83	81,83	81,83
SUBGRUPO A2 NO SANITARIO.	34,65	34,65	34,65
SUBGRUPO C1 Y GRUPO 3.	13,41	13,41	
SUBGRUPO C2 Y GRUPO 4.	10,28	10,28	10,28
AGRUPACIONES PROFESIONALES Y GRUPO 5.	9,14	9,14	

ANEXO II

Índices de ponderación para la distribución de la productividad variable del personal directivo

Los índices de ponderación relativa según el puesto ocupado y ámbito de gestión para el personal directivo serán los siguientes:

Índice de ponderación personal directivo	C1	C2	C3	C4	AP1	AP2	ES
Director/a Gerente AS.	110	100	100	85	–	–	–
Director/a Gerente AE, AP y ES.	100	100	85	80	100	95	90
Director/a Médico AE y AP / D. Asistencial ES.	85	85	80	75	85	80	75
Director/a de Gestión.	80	80	75	70	75	70	70
Director/a de Enfermería.	80	80	75	70	75	70	–
Subdirector/a Médico.	72	72	65	–	–	–	–
Subdirector/a de Gestión.	70	70	60	–	–	–	–
Subdirector/a de Enfermería.	70	70	60	–	–	–	–

ANEXO III

Criterios objetivos para valorar la calificación de un puesto como de difícil cobertura/provisión

PUNTUACIÓN ADJUDICADA A CADA UNO DE ELLOS:

1. Distancia del centro de salud al hospital/complejo asistencial de referencia.

1.1. Si >/= 60 minutos: 3 puntos.
1.2. Si >/= 30 minutos: 1,5 puntos.
1.3. Si < 30 minutos: 0 puntos.

2. % de tiempo semanal empleado en los desplazamientos.

2.1. Si >/= 10%: 2 puntos (3,75 h).
2.2. Si >/= 6%: 1,5 puntos (2,25 h).
2.3. Si >/0 3%: 1 punto (1,12 h).
2.4. Si < 3%: 0 puntos

3. Grado de dispersión

3.1. Si G4: 1,5 puntos.
3.2. Si G3: 0,5 puntos.
3.3. Si G1-G2: 0 puntos.

4. Accesos adversos

4.1. Si **: 3,5 puntos
4.2. Si NO**: 0 puntos

** 1 Puerto

Información relacionada

- El Decreto-ley 1/2019, de 28 de febrero, ha sido convalidado por Acuerdo de las Cortes de Castilla y León publicado por Resolución de 27 de marzo de 2019. Ref. BOCL-h-2019-90439

§ 35

Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha

Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha
«DOCM» núm. 126, de 19 de diciembre de 2000
«BOE» núm. 50, de 27 de febrero de 2001
Última modificación: 12 de mayo de 2021
Referencia: BOE-A-2001-3896

Las Cortes de Castilla-La Mancha han aprobado y yo, en nombre del Rey, promulgo la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

Las reformas sociales, políticas y económicas llevadas a cabo en España en el último cuarto del siglo XX han transformado profundamente, y para bien, la realidad del país. La Constitución Española de 1978 es expresión y punto de partida de un proyecto histórico que el pueblo español abordó con ilusión y que ha llevado a cabo con acierto. En ese breve período de la historia, España se dota de un sistema político democrático, afirmador de los derechos y libertades fundamentales, que devuelve la palabra, la libertad de expresión, de reunión y de voto que le había sido cercenada. La Constitución pone en pie, de manera rotunda, el valor irrenunciable de la libertad de las personas.

Pero además de la afirmación democrática, el pacto constitucional sustenta dos procesos de trascendencia histórica, la conformación del Estado Autonómico y el reconocimiento de los derechos sociales.

El Estado Autonómico ha permitido la expresión de las diferencias y singularidades territoriales, en el que prima el diálogo, el consenso y el acuerdo como forma principal de adopción de las decisiones colectivas, es decir, se ha potenciado otro valor profundo del ser humano, el valor de la tolerancia.

La aprobación de derechos sociales, sindicales y económicos, fue la apuesta de los constituyentes por crear en España un espacio de cohesión social, que complementase las libertades políticas de la ciudadanía con el derecho a participar en el esfuerzo del desarrollo económico del país y el derecho a participar en los beneficios sociales que se derivasen de ese desarrollo. Derecho a un medio ambiente sano, derecho a trabajar, derecho a una pensión, derecho de la infancia y la juventud para la educación, y también, como una conquista de enorme trascendencia, derecho a la protección de la salud. Estos derechos sociales significan el reconocimiento de otro valor profundo del ser humano, que es complementario de los valores de la libertad y de la tolerancia, es el valor de la solidaridad.

Castilla-La Mancha, en el marco del Estado Autonómico, se dotó de autonomía en 1982. La voluntad política de la población castellano-manchega se expresó con nitidez en el

Estatuto de Autonomía. Así, Castilla-La Mancha asumió el reto formidable de participar activamente en la construcción de la España del siglo XXI, aportando la capacidad de trabajo y creación de sus gentes, sumando fuerzas y generando ideas y proyectos para ofrecer a su población unas condiciones de vida equiparables a las de los demás territorios de España. Progresivamente Castilla-La Mancha ha ido dotándose de competencias, transferidas desde el Estado de conformidad con la Constitución.

Por otro lado, el 1 de enero de 1986 España se integró en las Comunidades Europeas, y desde entonces es parte y motor de la construcción de la Unión Europea. En ese marco, Castilla-La Mancha participa también del proyecto político y económico de mayor envergadura en el concierto de las naciones y comparte la ciudadanía, el destino y el esfuerzo de la población europea constituida por más de 370 millones de personas. Estas son las coordenadas en las que los poderes públicos de Castilla-La Mancha deben dar respuesta a las aspiraciones y necesidades de la población castellano-manchega, con la obligación de ofrecer un cauce seguro al ejercicio de sus derechos, con la ambición de mejorar día a día la calidad de vida de cada ciudadano y ciudadana y de contribuir al desarrollo, individual y colectivo, respetando los valores de la libertad y la solidaridad.

Sin duda alguna, una de las aspiraciones más sentidas de la ciudadanía es el ejercicio del derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad. Para dar cumplida respuesta a ese derecho constitucional se promulga la presente Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.

II

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, dentro de los principios rectores de la política social y económica, y atribuye a los poderes públicos la responsabilidad de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por otra parte, la organización territorial del Estado, conforme al Título VIII de nuestra Carta Magna, establece un reparto competencial entre los distintos poderes públicos, que la misma desarrolla en los artículos 148 y 149.

Asimismo, el Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, en su artículo 32.3, define que, en el marco de la legislación básica del Estado, es competencia de la Junta de Comunidades el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, así como la coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

Con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, las Cortes Generales establecen las bases y la coordinación general de la sanidad en España, y definen un Sistema Nacional de Salud que se ha consolidado como un buen servicio público, con una amplia cobertura social y de prestaciones y una elevada aceptación por parte de la ciudadanía.

Este Sistema Nacional de Salud queda configurado por el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, bajo cuya responsabilidad se ordena la actuación de todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones Territoriales Intracomunitarias.

Esta Ley configura el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, definido como conjunto de funciones, actuaciones, centros y servicios sanitarios dependientes de los poderes públicos a ellos vinculados que tiene como objetivo último la mejora del nivel de salud, y del que son elementos esenciales la cobertura universal, la financiación pública, el aseguramiento único y público, la gestión pública, la concepción integral de la atención sanitaria y la provisión mayoritariamente pública.

La Ley garantiza a la ciudadanía su participación en el Sistema Sanitario en sus distintos niveles; y reconoce a los profesionales de la Sanidad la condición de verdadero motor del Sistema. La creación del Defensor del Usuario del Sistema Sanitario, independiente de la Administración, refuerza el control ciudadano sobre las actuaciones sanitarias.

Las realidades sociales, demográficas, geográficas y epidemiológicas de nuestra Comunidad Autónoma constituyen elementos fundamentales que tienen reconocimiento en las prestaciones sanitarias y socio-sanitarias que debe ofrecer el Sistema Sanitario dentro de

la más estrecha colaboración entre los diferentes organismos y Administraciones Públicas. Las prestaciones sanitarias han de permitir respuestas lo más cercanas al entorno familiar, ágiles, eficaces y con la calidad adecuada a las expectativas y necesidades individuales y sociales de cada momento.

El desarrollo de nuestra Comunidad Autónoma va ligado necesariamente a la incorporación de nuevas tecnologías y a la investigación, y ello tiene mayor trascendencia, si cabe, en el ámbito sanitario, por lo que la Ley pretende dar un impulso a las actividades de docencia, formación e investigación como respuesta capaz de ofrecer soluciones científicas avanzadas a las demandas que se planteen al Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

El Sistema Sanitario se estructura diferenciando las competencias de planificación, ordenación y autoridad sanitaria, de las de gestión y provisión de los centros, servicios y establecimientos dedicados exclusivamente a la asistencia sanitaria.

La Ley crea el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha como responsable de la provisión de servicios y encargado de la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Su propia configuración jurídica, como organismo autónomo, refuerza el carácter integrador del Sistema, dotándolo de los recursos técnicos necesarios para conseguir una gestión eficaz y una integración más ordenada en el momento de asumir las transferencias de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

III

La Ley consta de 85 artículos, se estructura en nueve títulos y contiene además tres disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales.

El Título I de la Ley establece su objeto y los principios que informan la ordenación y la actuación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, para hacer efectivo, en su ámbito territorial, el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud.

Los principios más relevantes que informan la ordenación y actuación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha son los de universalización de los servicios sanitarios, equidad, superación de las desigualdades territoriales, igualdad efectiva, participación comunitaria, calidad de los servicios, concepción integral e integrada del sistema sanitario, rentabilidad social, descentralización, desconcentración, coordinación, eficacia, eficiencia y responsabilidad y participación del colectivo de profesionales.

El Título II reconoce a los ciudadanos como titulares de los derechos y deberes contemplados en la Ley, y recoge un amplio catálogo de los primeros, fundamentalmente los referidos a la información.

El Título III crea la figura del Defensor del Usuario del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, dependiente de las Cortes Regionales, con quien todos los poderes públicos tendrán la obligación de colaborar.

El Título IV está dedicado al Plan de Salud de Castilla-La Mancha y regula sus objetivos, su contenido y el procedimiento que debe seguirse para su elaboración y aprobación.

El Título V se refiere al Sistema Sanitario, al que define como el conjunto de funciones, actuaciones, centros y servicios sanitarios dependientes de los poderes públicos, o a ellos vinculados.

El capítulo I de este Título regula las características fundamentales del Sistema Sanitario y determina el órgano al que corresponde su dirección.

El capítulo II está dedicado al Consejo de Salud de Castilla-La Mancha que es el máximo órgano de participación comunitaria en el Sistema Sanitario. Se establece la composición de este Consejo y las funciones que debe desempeñar.

El capítulo III contiene la relación de funciones que debe cumplir el Sistema Sanitario y formula las actuaciones que debe llevar a cabo en materia de salud pública, asistencia sanitaria y salud laboral. También regula una serie de actuaciones que debe realizar la Administración Sanitaria de Castilla-La Mancha en relación con la salud individual y colectiva, la evaluación del grado de cumplimiento en materia sanitaria y las medidas preventivas que pueden adoptar las Administraciones Públicas en caso de riesgo inminente para la salud. Por último, en este capítulo se regula la inspección sanitaria, las infracciones y las sanciones en materia sanitaria y los órganos competentes para imponer las sanciones.

El capítulo IV establece las fuentes de financiación del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

El Título VI regula la estructura del Sistema Sanitario en dos planos: territorial y funcional.

El capítulo I de este Título establece la organización territorial, define las Áreas de Salud y la estructura y funciones del Consejo de Salud del Área.

En el capítulo II se contempla la ordenación funcional del sistema sanitario de Castilla-La Mancha.

El capítulo III regula la atención socio-sanitaria.

El capítulo IV regula la colaboración con otras entidades, especialmente en lo referido a los conciertos y convenios.

El Título VII está dedicado a la docencia e investigación sanitaria en el marco del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

El Título VIII define las competencias y funciones sanitarias de las Administraciones Públicas. En el ámbito de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha se establecen las competencias del Consejo de Gobierno y las que corresponden a la Consejería competente en materia de sanidad.

Asimismo establece las funciones cuyo ejercicio corresponde a las Corporaciones Locales, previendo la posibilidad de que el Gobierno de Castilla-La Mancha delegue en ellas determinadas funciones en materia sanitaria.

Finalmente, el Título IX regula el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

En el capítulo I crea el Servicio de Salud y se define su naturaleza jurídica, configurándolo como un organismo autónomo dotado de personalidad jurídica propia; se adscribe a la Consejería competente en materia de sanidad y se definen las funciones que le corresponde ejercer.

En el capítulo II se configura la estructura del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, se definen sus órganos centrales y periféricos y se atribuye a cada uno de ellos las funciones que le corresponde desempeñar.

Los capítulos III y IV de este Título VIII regulan, respectivamente, el régimen jurídico y el patrimonio del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, y el personal que lo integrará.

Por último, el capítulo V regula la financiación del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha, su presupuesto y su control interno y externo, y su contabilidad.

En síntesis, la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha consolida un sistema sanitario público, integrado, de cobertura universal, solidario y equitativo que reconoce la importancia de la ciudadanía tanto en la vertebración del propio sistema como en su condición de usuaria del mismo, para lo que se establecen unas estructuras que han de responder con agilidad, eficacia, cercanía y calidad a sus demandas.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

La presente Ley tiene por objeto hacer efectivo, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43.1 de la Constitución Española, mediante la ordenación sanitaria; delimitar las actuaciones y regular las estructuras que configuran el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, además de garantizar la participación ciudadana en dicho Sistema.

Artículo 2. *Principios informadores.*

1. La ordenación y las actuaciones del Sistema Sanitario en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha responden a los siguientes principios informadores:

a) Universalización de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo.

b) Equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales en la prestación de los servicios sanitarios.

c) Igualdad efectiva de acceso a los servicios sanitarios, para todos los ciudadanos de la Comunidad Autónoma.

d) Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.

e) Calidad de los servicios y prestaciones.

f) Humanización de los servicios y máximo respeto a la dignidad de los ciudadanos.

g) Concepción integral e integrada del sistema sanitario en Castilla-La Mancha, haciendo especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

h) Adecuación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de salud de la población.

i) Descentralización, desconcentración, coordinación y responsabilidad en la gestión.

j) Eficacia, efectividad, eficiencia y flexibilidad de la organización sanitaria.

k) Responsabilidad y participación del colectivo de profesionales en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados.

l) Promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante una adecuada educación para la salud en Castilla-La Mancha y una correcta información sobre los recursos y servicios sanitarios existentes.

m) Evaluación continua de las actuaciones y estructuras que configuran el Sistema Sanitario.

2. La actividad sanitaria de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha se regirá, a los efectos de esta Ley, por los principios de planificación, participación, cooperación y coordinación con el resto de sus actuaciones y con las demás Administraciones Públicas, sin perjuicio del respeto a las competencias atribuidas a cada una de ellas.

TÍTULO II

De los ciudadanos

Artículo 3. *Titulares.*

1. Son titulares de los derechos y deberes contemplados en esta Ley, en relación con el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, todas las personas que residan en los municipios de la Comunidad Autónoma. Quienes no residan en ella gozarán de dichos derechos en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los Convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, en Castilla-La Mancha se garantizará a todas las personas la atención en situación de urgencia y emergencia, con especial incidencia en menores, mujeres gestantes y personas que padezcan enfermedades crónicas.

Artículo 4. *Derechos.*

(Derogado).

Artículo 5. *Deberes.*

(Derogado).

Artículo 6. *Garantía de los derechos.*

(Derogado).

TÍTULO III

Del Defensor del Usuario del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha

(Derogado).

Artículos 7 a 14.

(Derogados).

TÍTULO IV

Plan de Salud de Castilla-La Mancha

Artículo 15. *Definición y objetivos.*

El Plan de Salud es el instrumento de planificación estratégica, dirección y ordenación del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha. Su vigencia será fijada en el propio Plan, que establecerá:

1. Las orientaciones básicas y actuaciones fundamentales del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma y el conjunto de actuaciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
2. Los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de atención a la salud.

Artículo 16. *Contenido.*

1. El Plan de Salud contemplará:

a) El análisis de los problemas de salud y de la atención sanitaria de la Comunidad Autónoma y de la situación de los recursos existentes.
b) La evaluación de los resultados de Planes anteriores.
c) La definición de los objetivos de atención a la salud.
d) La definición general de los programas principales de actuación.
e) La estimación de los recursos necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto en lo que se refiere a la organización y desarrollo de actividades, servicios, planes sectoriales y programas, como a los medios materiales y personales precisos.
f) El calendario general de actuación.
g) Los mecanismos de evaluación del desarrollo del Plan y, en su caso, los procedimientos previstos para la modificación del mismo.

2. El Plan de Salud deberá precisar, siempre que sea posible, las instituciones o entidades responsables del cumplimiento de los diferentes objetivos.
3. El Plan de Salud establecerá sus contenidos principales agrupados según la tipología de las intervenciones y de acuerdo con la ordenación territorial de la Comunidad Autónoma.

Artículo 17. *Procedimiento de elaboración.*

1. La elaboración del Plan de Salud de Castilla-La Mancha corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad.
2. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por los órganos de participación y dirección del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.
3. El Plan de Salud será aprobado por el Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, previo informe del Consejo Económico y Social, y se remitirá a las Cortes Regionales para su conocimiento.
4. El Plan de Salud de Castilla-La Mancha, una vez aprobado por el Consejo de Gobierno, será remitido al Ministerio competente en materia sanitaria para su inclusión en el Plan integrado de salud, en los términos previstos en el capítulo IV del Título III de la Ley General de Sanidad.

TÍTULO V

Del sistema sanitario

CAPÍTULO I

Concepto y características

Artículo 18. *Concepto.*

El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha es el conjunto de funciones, actuaciones, centros, servicios, recursos y establecimientos sanitarios dependientes de los poderes públicos, o a ellos vinculados, en el territorio de la Comunidad Autónoma, que, partiendo de la prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud, tienen como objetivo último la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y su recuperación.

Artículo 19. *Recursos.*

1. El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha dispondrá de los siguientes recursos:

a) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma.
b) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Corporaciones Locales y de cualesquiera otras Administraciones Territoriales Intracomunitarias.

2. Asimismo, podrán formar parte del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha:

a) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de otras Administraciones Públicas, en los términos que prevean los respectivos acuerdos o convenios suscritos al efecto.
b) Y, en general, todos aquellos centros, servicios o establecimientos sanitarios que se adscriban al mismo en virtud de un concierto o convenio singular de vinculación.

Artículo 20. *Prestaciones.*

1. Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha serán como mínimo las establecidas en cada caso para el Sistema Nacional de Salud.
2. La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, además de las establecidas en el apartado anterior, requerirá la aprobación del Consejo de Gobierno, previo informe de la Consejería competente en materia de sanidad, donde se presente la evaluación de la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de dichas prestaciones, así como la previsión de la financiación adicional precisa.
3. Atendiendo a las características sociales, demográficas y geográficas de Castilla-La Mancha, se desarrollarán reglamentariamente, con carácter preferente, las siguientes prestaciones:

a) Atención domiciliaria, que incluirá programas específicos para garantizar una correcta atención socio-sanitaria en el domicilio, ofreciendo servicios médicos, cuidados de enfermería, hospitalización domiciliaria, atención a pacientes terminales, fisioterapia y ayuda social, especialmente en el ámbito rural.
b) Telemedicina, que incluirá la utilización apropiada de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la coordinación entre los centros y profesionales sanitarios, y la prestación de servicios a las personas enfermas.
En las zonas escasamente pobladas o con riesgo de despoblación, la telemedicina propiciará la atención específica y adecuada en materia de geriatría, atención psicológica y pediatría.
c) Autoayuda, que incluirá líneas de subvención y convenios específicos para la realización de programas que beneficien a las personas y los colectivos afectados. Se impulsará la participación de las asociaciones de autoayuda en todos los niveles del Sistema Sanitario.
d) Transporte sanitario, que incluirá programas de mejora del transporte de las personas enfermas hacia los centros sanitarios tanto en las líneas regulares de viajeros, como en el

transporte sanitario especializado, y que atienda a las necesidades de las personas afectadas.

4. El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha diseñará una red de puntos de atención continuada, con el fin de garantizar que cualquier núcleo de población de las zonas escasamente pobladas o en riesgo de despoblación, definidas en la Ley 2/2021, de 7 de mayo, de Medidas Económicas, Sociales y Tributarias frente a la Despoblación y para el Desarrollo del Medio Rural en Castilla-La Mancha, que se encuentre a menos de 30 minutos de aquellos durante las 24 horas del día.

Asimismo, se garantizará un servicio de transporte sanitario terrestre o aéreo, o la combinación entre ambos, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, que permita realizar la asistencia sanitaria de urgencias y emergencias durante las 24 horas con la misma calidad y alcance para todos los núcleos de población de la región.

Artículo 21. *Características.*

El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, en el marco de las actuaciones del Sistema Nacional de Salud, tendrá como características fundamentales:

a) La extensión de sus servicios a toda la población en los términos previstos en la presente Ley.

b) El aseguramiento único y público y la financiación pública del Sistema.

c) El uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.

d) La prestación de una atención integral de la salud, tanto en los aspectos físicos como psicológicos y sociales.

e) El establecimiento de programas de mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.

Artículo 22. *Dirección.*

Bajo la superior dirección del Consejo de Gobierno corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad el ejercicio de la autoridad sanitaria y la dirección y coordinación de las funciones, actividades, servicios y recursos del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

CAPÍTULO II

Del Consejo de Salud de Castilla-La Mancha

Artículo 23. *Creación.*

Con el fin de articular la participación ciudadana en materia de salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma, se crea el Consejo de Salud de Castilla-La Mancha.

Artículo 24. *Naturaleza y composición.*

1. El Consejo de Salud de Castilla-La Mancha es el máximo órgano de participación comunitaria en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha. Se compone de los siguientes miembros:

a) Presidencia: La persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad.

b) Vocales:

1. Ocho representantes de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma, una de estas personas ocupará la vicepresidencia.

2. Tres representantes de las Asociaciones de Consumidores y Usuarios de la Región y Asociaciones de Vecinos.

3. Una persona por cada Área de Salud, en representación de las Corporaciones Locales, a propuesta de la Federación de Municipios y Provincias de Castilla-La Mancha, de entre quienes formen parte de los Consejos de Salud de Área.

4. Dos personas elegidas por las Organizaciones sindicales más representativas de la Región y otra persona más por cada Organización sindical con participación en la Mesa Sectorial de Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
5. Dos representantes de las organizaciones empresariales.
6. Un representante por cada uno de los Colegios profesionales de Médicos, Veterinarios, Farmacéuticos y Enfermeros.
7. Un representante de la Universidad de Castilla-La Mancha.
8. Dos representantes de las asociaciones de ayuda mutua y autocuidados de carácter sanitario de ámbito regional, legalmente constituidas.
9. Un representante de la Asociación más representativa en Castilla-La Mancha de personas con limitaciones en la actividad.

c) Ejercerá la secretaría del Consejo, con voz pero sin voto, una persona en representación de la Consejería competente en materia de sanidad designada por la Presidencia del Consejo.

2. La Consejería competente en materia de sanidad nombra y cesa a quienes ocupen el cargo de vocal:

a) Libremente a quienes lo sean en representación de la Administración Sanitaria y a propuesta de los titulares de otros departamentos de la Administración Regional que se integren en el Consejo.
b) A propuesta de las entidades u organizaciones, quienes lo sean en representación de éstas.

3. El nombramiento de las personas que ocupen cualquier vocalía lo será por un período determinado, que no podrá exceder de cuatro años, sin perjuicio de la posibilidad de segundos y sucesivos nombramientos, en caso de que se renueven las correspondientes propuestas.
4. Se podrán constituir Comisiones para materias específicas.

Artículo 25. *Funciones.*

El Consejo de Salud de Castilla-La Mancha desempeñará las siguientes funciones:

1. Asesorar y formular propuestas a los órganos de dirección y gestión del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha en todos los asuntos relacionados con la atención sanitaria y la protección y promoción de la salud.
2. Velar para que las actuaciones de todos los servicios, centros y establecimientos sanitarios satisfagan las necesidades del Sistema Sanitario, se acomoden a la normativa sanitaria y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público.
3. Informar la propuesta de anteproyecto de presupuestos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, previamente a su presentación.
4. Conocer e informar la memoria anual del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha previamente a su aprobación.
5. Conocer e informar el Plan de Salud de Castilla-La Mancha previamente a su aprobación, así como conocer sus revisiones, adaptaciones y el estado de ejecución.
6. Fomentar e incentivar la participación ciudadana.
7. Informar los proyectos de disposiciones reglamentarias que se dicten en desarrollo de esta Ley.
8. Elaborar su propio reglamento de organización y de funcionamiento que deberá ser aprobado, mediante Orden, por la Consejería competente en materia de sanidad.
9. Realizar cualquier otra función que le sea atribuida legal o reglamentariamente.
10. Conocer e informar la cartera de servicios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, previa su aprobación por la Consejería competente en materia de sanidad.

CAPÍTULO III

De las funciones y actuaciones del Sistema Sanitario

Sección 1.ª De las funciones

Artículo 26. *Funciones.*

El Sistema Sanitario, para el cumplimiento de sus objetivos, debe cumplir las siguientes funciones:

1. La promoción de la salud y educación sanitaria de la población para fomentar la prevención, el autocuidado, la rehabilitación y la reinserción.
2. La prevención de la enfermedad y, a tal fin, la organización y desarrollo permanente de un sistema suficiente, adecuado y eficaz de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.
3. La protección frente a los factores que amenazan la salud individual y colectiva.
4. La garantía de cobertura universal y el acceso a las prestaciones de atención a la salud en condiciones de igualdad y equidad.
5. La garantía, conforme a los criterios de equidad, accesibilidad y calidad, de la atención farmacéutica a la población, conforme a la Ley 4/1996, de 26 de diciembre, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.
6. La ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social de las personas enfermas.
7. La planificación, organización y dirección de los servicios para alcanzar los objetivos del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.
8. La evaluación y garantía de calidad de la actividad y de los servicios.

Sección 2.ª Actuaciones

Artículo 27. *Salud Pública.*

En el desarrollo de sus funciones el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha llevará a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la salud pública:

1. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de la contaminación del medio ambiente: aire, agua, suelo y energía.
2. La prevención de riesgos para la salud derivados de una inadecuada producción, manejo, transporte, comercialización y venta de los alimentos.
3. El desarrollo de laboratorios de salud pública que permitan apoyar investigaciones sobre riesgos biológicos, físicos y químicos.
4. La promoción y mejora de las actividades de inspección de salud pública.
5. El control sanitario de los establecimientos públicos y lugares de vivienda y convivencia humana.
6. La recogida, difusión y control de la información epidemiológica. Los registros derivados de esta información gozarán de interés general a efectos de su tratamiento automatizado.
7. La colaboración con la Administración del Estado en la farmacovigilancia y control de las reacciones adversas a los medicamentos y otros productos sanitarios.
8. La educación para la salud de la población enfocada a la mejora de la salud individual y colectiva.
9. La realización de estudios que permitan analizar y determinar los condicionantes que dificultan la igualdad de oportunidades en materia de salud.
10. El control sanitario y prevención de riesgos para la salud derivados de sustancias susceptibles de generar dependencia.
11. La sanidad mortuoria.
12. La docencia e investigación en el ámbito de la salud y la formación continuada del personal al servicio de la Administración sanitaria.
13. El control de la publicidad sanitaria.

Artículo 28. *Asistencia sanitaria.*

En el desarrollo de sus funciones el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha llevará a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

1. La atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, salud pública, prevención de las enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en los niveles de atención primaria como de atención especializada.
2. La atención a las urgencias y emergencias sanitarias.
3. La atención sociosanitaria en colaboración con los servicios sociales.
4. El desarrollo de los programas de atención a los grupos de población de mayor riesgo y de los programas específicos de protección ante factores de riesgo, así como los dirigidos a la prevención de deficiencias congénitas o adquiridas.
5. La atención, promoción, protección y mejora de la salud mental.
6. La orientación y planificación sexual.
7. La promoción, protección y mejora de la salud bucodental, haciendo especial énfasis en los aspectos preventivos, e incorporando progresivamente otras prestaciones asistenciales.
8. La prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares necesarios para la promoción de la salud, y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad.
9. La mejora continua de la calidad en todos sus niveles asistenciales.
10. Cualquier otra actividad relacionada con la promoción, prevención, mantenimiento y mejora de la salud.

Artículo 29. *Salud laboral.*

1. La Administración Sanitaria de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha promoverá actuaciones en materia sanitaria referente a la salud laboral en el marco de lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
2. La Administración Regional constituirá una Comisión de seguimiento de dichas actuaciones con representación de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas, en la forma que reglamentariamente se determine.

Sección 3.ª Intervención administrativa en relación con la salud individual y colectiva

Artículo 30. *Actuaciones.*

La Administración Sanitaria Regional, en el marco de sus competencias, realizará las siguientes actuaciones:

1. Establecer los registros y métodos de análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones relacionadas con la salud individual y colectiva, y en particular las que se refieren a los grupos específicos de riesgo, de las que puedan derivarse acciones de intervención, así como los sistemas de información y estadísticas sanitarias.
2. Establecer la exigencia de autorizaciones sanitarias y la obligación de someter a registro, por razones sanitarias, a las empresas o productos con especial incidencia en la salud humana.
3. Establecer, asimismo, prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes y servicios, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.
4. Establecer las normas y criterios por los que han de regirse los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Castilla-La Mancha, tanto públicos como privados, para su autorización, calificación, acreditación, homologación y registro.
5. Otorgar la autorización administrativa previa para la instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones en la estructura y régimen jurídico de los centros, servicios y

establecimientos sanitarios de Castilla-La Mancha, cualquiera que sea su nivel y categoría o titular.

6. Inspeccionar y controlar los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Castilla-La Mancha, así como sus actividades de promoción y publicidad. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios a que hace referencia el artículo 68 de la presente Ley y aquellos que sean responsabilidad de los poderes públicos quedarán sometidos, además, a la evaluación de sus actividades, prestaciones y funcionamiento en los términos que reglamentariamente se establezcan, a cuyos efectos se desarrollará una estructura de inspección de servicios sanitarios que quedará adscrita a la Consejería competente en materia de sanidad.

7. Establecer las normas y directrices para el control y la inspección de las condiciones higiénico-sanitarias y de funcionamiento de las actividades alimentarias, locales de convivencia colectiva y del medio ambiente en que se desenvuelve la vida humana.

8. Establecer criterios generales, normas y directrices para el ejercicio de las competencias en materia de sanidad mortuoria.

9. El ejercicio de cuantas competencias o funciones le vengan atribuidas por normas legales o reglamentarias.

Artículo 31. *Evaluación.*

Serán objeto de evaluación, seguimiento o intervención por parte de las autoridades competentes en materia de asistencia sanitaria:

1. El grado de cumplimiento de las prestaciones sanitarias, por parte de los centros, establecimientos y servicios, del personal y de las entidades aseguradoras y colaboradoras.

2. El grado de cumplimiento de los derechos reconocidos por esta Ley a la ciudadanía en el ámbito de la misma.

3. El cumplimiento por parte de la población de las obligaciones respecto a los servicios sanitarios, contenidos en la presente Ley.

4. La eficacia y eficiencia de las diversas unidades asistenciales de los centros, servicios y establecimientos del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

5. El cumplimiento de las actuaciones propias de los servicios de salud, según la legislación vigente, en materia de salud laboral, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y situaciones de incapacidad e invalidez.

6. La eficacia y efectividad de los programas de salud colectivos desarrollados por el Sistema Sanitario Público.

7. La evaluación de las políticas de sanidad ambiental e higiene de los alimentos.

8. En general, toda actividad sanitaria del personal, centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, de Castilla-La Mancha, respecto al cumplimiento de las normas sanitarias vigentes.

Artículo 32. *Medidas preventivas.*

1. Las Administraciones Públicas de Castilla-La Mancha, en el marco de sus respectivas competencias, establecerán y acordarán limitaciones preventivas de carácter administrativo respecto de aquellas actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud.

2. Asimismo, adoptarán cuantas limitaciones, prohibiciones, requisitos y medidas preventivas sean exigibles en las actividades públicas y privadas que directa o indirectamente puedan suponer riesgo inminente y extraordinario para la salud. En este sentido, podrán decretar la suspensión del ejercicio de actividades, cierre de empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales que tengan una repercusión extraordinaria y negativa para la salud de los ciudadanos, siempre que exista o se sospeche razonablemente la existencia de este riesgo.

3. Las medidas previstas en el apartado 2 que se ordenen con carácter obligatorio, de urgencia o de necesidad, deberán adaptarse a los criterios expresados en el artículo 28 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y a la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.

Artículo 33. *Inspección.*

1. El personal que lleve a cabo funciones de inspección gozará de la consideración de agente de la autoridad a todos los efectos, está sometido a las leyes y autorizado para:

a) Entrar libremente, y sin previa notificación en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto al ámbito de la presente Ley.
b) Llevar a cabo las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de la normativa vigente.
c) Tomar o sacar muestras para comprobar el cumplimiento de lo previsto en las disposiciones aplicables.
d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas, para el cumplimiento de sus funciones de inspección, pudiendo adoptar las medidas cautelares provisionales necesarias a fin de evitar perjuicios para la salud en casos de urgente necesidad.

En tales supuestos, dicho personal habrá de dar cuenta inmediata de las actuaciones realizadas a las autoridades sanitarias competentes, quienes deberán ratificar o no dichas actuaciones en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas desde que fueron adoptadas.
2. Las actas y diligencias formalizadas con arreglo a las leyes extendidas por el personal que lleve a cabo funciones de inspección tienen naturaleza de documentos públicos y se presumen ciertos los hechos que motiven su formulación, salvo prueba en contrario.
3. Los hechos consignados en las diligencias o actas y manifestados o aceptados por las personas interesadas se presumen ciertos y sólo los podrán rectificar mediante prueba de que incurrieron en error de hecho.
Como consecuencia de las actuaciones de inspección, las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la suspensión provisional, prohibición de las actividades y clausura definitiva de los centros y establecimientos, por requerirlo la protección de la salud colectiva, o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación y funcionamiento.

Sección 4.ª De las infracciones y sanciones

Artículo 34. *Definición.*

Constituyen infracciones sanitarias las acciones u omisiones tipificadas en la presente Ley, en otras disposiciones de la Comunidad Autónoma y en las normas del Estado que resultan de aplicación.

Artículo 35. *Concurrencia de responsabilidad.*

1. En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, la Administración pasará el tanto de culpa a la jurisdicción competente y se abstendrá de seguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte resolución judicial firme.
2. De no haberse estimado la existencia del delito, la Administración continuará el expediente sancionador tomando como base, en su caso, los hechos que los tribunales hayan considerado probados.
3. Asimismo, cuando el órgano competente para la resolución del procedimiento sancionador tenga conocimiento de la instrucción de causa penal ante los tribunales de justicia y estime que existe identidad de sujeto, hecho y fundamento entre la infracción administrativa y la infracción penal que pudiera concurrir, acordará la suspensión del procedimiento hasta que recaiga resolución judicial firme.
4. Las medidas administrativas que hubieran sido adoptadas para salvaguardar la salud y seguridad de las personas se mantendrán en tanto la autoridad judicial se pronuncie sobre ellas, o cese su necesidad.

Artículo 36. *Calificación de las infracciones.*

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

Artículo 37. *Infracciones leves.*

Son infracciones sanitarias leves:

a) Las simples irregularidades en el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública, que no se encuentren expresamente contempladas en la presente relación.

b) El incumplimiento simple del deber de colaboración con las autoridades sanitarias para la elaboración de los registros y documentos de información sanitaria que establezca la normativa dictada en aplicación y desarrollo de la presente Ley, en caso de que las entidades o personas responsables no siguiesen los procedimientos que se establezcan para el suministro de datos y documentos o que lo hiciesen de forma notoriamente defectuosa.

c) La negativa a informar a las personas que se dirijan a los servicios sanitarios sobre los derechos y obligaciones que les afectan, en los términos previstos en esta Ley.

d) La identificación falsa o contraria al principio de veracidad, en cuanto a los méritos, experiencia o capacidad técnica, del personal sanitario en su actividad profesional y en sus relaciones asistenciales con la población, salvo cuando merezca ser calificada como grave o muy grave.

e) La emisión o difusión al público de anuncios publicitarios o propaganda comercial con repercusión directa sobre la salud humana o con el fin de promover la contratación de bienes o servicios sanitarios, sin haber obtenido la correspondiente autorización administrativo-sanitaria.

f) La obstrucción de la labor inspectora mediante cualquier acción u omisión que perturbe o retrase la misma.

g) El incumplimiento, por simple negligencia, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento de simple imprudencia, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario y éste sea de escasa incidencia.

h) Las que, en razón de los criterios contemplados en este artículo, merezcan la calificación de leves o no proceda su calificación como faltas graves o muy graves.

Artículo 38. *Infracciones graves.*

Son infracciones sanitarias graves:

a) El ejercicio o desarrollo de actividades sin la correspondiente autorización o registro sanitario preceptivos o transcurrido su plazo de vigencia, así como la modificación no autorizada por la autoridad competente de las expresas condiciones técnicas o estructurales sobre las cuales se hubiera otorgado la correspondiente autorización.

b) El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas cautelares o definitivas que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzca por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

c) La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o sus agentes, en el desarrollo de las labores de inspección o control sanitario.

d) El incumplimiento, por parte del personal que en virtud de sus funciones deba tener acceso a la información relacionada con el estado individual de salud, del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas.

e) El incumplimiento, por negligencia grave, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento que suponga imprudencia grave, siempre que ocasionen alteración o riesgo sanitario, aunque sean de escasa entidad. Y el mismo incumplimiento y comportamiento cuando, cometidos por negligencia simple, produzcan riesgo o alteración sanitaria grave. A los efectos de esta letra, constituirá un supuesto de negligencia la omisión del deber de control o la falta de los controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.

f) La comisión por negligencia de las conductas tipificadas como infracción muy grave, cuando el riesgo o alteración sanitaria producida sea de escasa entidad.

g) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias extrañas cuyo uso no esté autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio o alimentario de que se trate, cuando no produzcan riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.

h) La elaboración, distribución, suministro o venta de preparados alimenticios, cuando su presentación induzca a confusión sobre sus verdaderas características sanitarias o nutricionales, y el uso de sellos o identificaciones falsas en cualquiera de las actuaciones citadas.

i) La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos tres meses.

j) Las actuaciones tipificadas en el artículo 37 que, en razón de la concurrencia grave de los elementos contemplados en el artículo 36, merezcan la calificación de faltas graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

k) Las actuaciones que por razón de su expresa calificación en la normativa especial sanitaria aplicable en cada caso merezcan la tipificación de faltas graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

l) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves, o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

m) El incumplimiento del deber de comunicar a la Administración el inicio de una actividad sanitaria, cuando la exigencia de comunicación esté prevista en el Ordenamiento Jurídico.

Artículo 39. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones sanitarias muy graves:

a) El incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas que adopten las autoridades sanitarias competentes, cuando se produzca de modo reiterado o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.

b) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

c) El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria, o cualquier comportamiento doloso, siempre que ocasionen alteración, daño o riesgo sanitario grave.

d) La preparación, distribución, suministro o venta de alimentos que contengan gérmenes, sustancias químicas o radiactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al ser humano o que superen los límites o tolerancias reglamentariamente establecidos en la materia.

e) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias extrañas cuyo uso no está autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio o alimentario de que se trate, y produzca riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.

f) El desvío para el consumo humano de productos no aptos para ello o destinados específicamente a otros usos.

g) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

h) Las actuaciones tipificadas en los artículos 37 y 38 que, en razón de la concurrencia grave de los elementos contemplados en el artículo 36, merezcan la calificación de faltas muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

i) Las actuaciones que por razón de su expresa calificación en la normativa especial sanitaria aplicable en cada caso merezcan la tipificación de faltas muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

j) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves, o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.

k) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.

l) La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.

Artículo 40. *Sanciones.*

1. Las infracciones serán sancionadas guardando la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada, estableciéndose una graduación de mínimo, medio y máximo a cada nivel de infracción en función de la negligencia e intencionalidad del sujeto infractor, fraude o connivencia, incumplimiento de las advertencias previas, cifra de negocio de la empresa, número de personas afectadas, perjuicio causado, beneficios obtenidos a causa de la infracción y permanencia y transitoriedad de los riesgos.

2. Las infracciones sanitarias tipificadas en los tres artículos anteriores serán castigadas con las siguientes sanciones de multa:

a) Infracciones leves:

Grado mínimo: Hasta 100.000 pesetas (hasta 601,01 euros).
Grado medio: De 100.001 a 300.000 pesetas (de 601,02 a 1.803,04 euros).
Grado máximo: De 300.001 a 500.000 pesetas (de 1.803,04 a 3.005,06 euros).

b) Infracciones graves:

Grado mínimo: De 500.001 a 1.000.000 de pesetas (de 3.005,07 a 6.010,12 euros).
Grado medio: De 1.000.001 a 1.750.000 pesetas (de 6.010,13 a 10.517,71 euros).
Grado máximo: De 1.750.001 a 2.500.000 pesetas (de 10.517,72 a 15.025,30 euros).

c) Infracciones muy graves:

Grado mínimo: De 2.500.001 a 20.000.000 de pesetas (de 15.025,31 a 120.202,42 euros).
Grado medio: De 20.000.001 a 60.000.000 de pesetas (de 120.202,43 a 360.607,26 euros).
Grado máximo: De 60.000.001 a 100.000.000 de pesetas (de 360.607,27 a 601.012,11 euros). Dicha cantidad se puede rebasar hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objetos de la infracción.

3. Sin perjuicio de la multa que proceda imponer conforme al anterior apartado, a fin de impedir que la comisión de infracciones resulte más beneficiosa para la persona que cometa la infracción que el cumplimiento de las normas infringidas, la sanción económica que en su caso se imponga podrá ser incrementada con la cuantía del beneficio ilícito obtenido.

4. En los supuestos de infracciones muy graves, podrá acordarse por el Gobierno de Castilla-La Mancha el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, con los efectos laborales que determine la legislación correspondiente.

5. La autoridad a quien corresponda resolver el expediente podrá acordar, como sanción accesoria, el decomiso de bienes o productos deteriorados, caducados, no autorizados o que puedan entrañar riesgo para la salud, y serán por cuenta de quien cometa la infracción los gastos que origine su intervención, depósito, decomiso, transporte o destrucción.

Artículo 41. *Competencia para la imposición de las sanciones.*

1. Los órganos competentes para la imposición de las sanciones previstas en esta Ley son los siguientes:

a) Los órganos de la Consejería competente en materia de sanidad hasta 10.000.000 de pesetas (60.101,21 euros), en la forma que reglamentariamente se establezca.

b) El Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha, desde 10.000.001 pesetas (60.101,22 euros).

2. En el ámbito de sus competencias los Alcaldes podrán imponer sanciones hasta 2.500.000 pesetas (15.025,30 euros).

3. La Administración Regional podrá actuar en sustitución de los municipios en los supuestos y con los requisitos previstos en la legislación de Régimen Local.

Artículo 42. *Medidas provisionales.*

Iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolver podrá adoptar, mediante acuerdo motivado, las siguientes medidas provisionales, con objeto de asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera recaer, y en todo caso el cumplimiento de la legalidad y salvaguardia de la Salud Pública:

a) La suspensión total o parcial de la actividad.
b) La clausura de centros, servicios, establecimientos o instalaciones.
c) La exigencia de fianza.

CAPÍTULO IV

Financiación

Artículo 43. *Financiación.*

1. El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha se financiará fundamentalmente con cargo a:

a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en los presupuestos del Estado afectos a servicios y prestaciones sanitarias.
b) Los rendimientos obtenidos de los tributos cedidos total o parcialmente por el Estado a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha para fines sanitarios.
c) Los recursos que le sean asignados con cargo a los presupuestos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

2. Asimismo constituyen fuentes de financiación del Sistema Sanitario:

a) Las aportaciones que deban realizar las Corporaciones Locales con cargo a su presupuesto.
b) Los rendimientos de los bienes y derechos propios y de los que tenga adscritos.
c) Las subvenciones, donaciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares.
d) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir, a tenor de las disposiciones vigentes, de los convenios interadministrativos que pudieran suscribirse para la atención sanitaria, así como cualquier otro recurso que pudiese ser atribuido o asignado.

3. En las tarifas de precios que se establezcan para los casos en que el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha tenga derecho al reembolso de los gastos efectuados, se tendrán en cuenta los costes efectivos de los servicios prestados.

TÍTULO VI

De la estructura del Sistema Sanitario

CAPÍTULO I

De la organización territorial

Artículo 44. *Áreas de Salud.*

1. El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha queda configurado territorialmente por las demarcaciones geográficas denominadas Áreas de Salud.
2. El Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha, a propuesta del titular de la Consejería competente en materia de sanidad, aprobará la delimitación territorial de las Áreas de Salud teniendo en cuenta los factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, las vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias existentes.
3. El Área de Salud constituye el marco fundamental para el desarrollo de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en tal condición asegurará la

organización y ejecución de las distintas disposiciones y medidas que adopta la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma.

4. Cada Área de Salud estará integrada por Zonas Básicas de Salud.

Con independencia de lo anterior, en el ámbito de cada Área de Salud se podrá establecer la ordenación territorial que resulte necesaria en función de cada circunstancia geográfica y, en su caso, para cada tipología de prestaciones y servicios sanitarios.

Artículo 45. *Consejo de Salud del Área.*

1. El Consejo de Salud es el órgano de participación institucional y comunitaria en el ámbito del Área.

2. El Consejo de Salud del Área estará integrado por:

a) El Delegado de la Consejería de Sanidad en la provincia.
b) Representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma.
c) Representantes de las Corporaciones Locales.
d) Representantes de las organizaciones de consumidores y usuarios, asociaciones de vecinos, sindicales y empresariales más representativas y colegios profesionales sanitarios.

3. Reglamentariamente se establecerá su estructura, organización y funcionamiento.

Artículo 46. *De las funciones del Consejo de Salud del Área.*

1. Serán funciones del Consejo de Salud del Área:

a) Verificar la adecuación de las actuaciones de las Administraciones sanitarias en el Área de Salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica.
b) Orientar las directrices sanitarias en el Área de Salud, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de la Administración Sanitaria que corresponda.
c) Proponer medidas a desarrollar para estudiar los problemas sanitarios del Área y sus prioridades.
d) Promover la participación comunitaria en el seno del Área de Salud.

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

CAPÍTULO II

Ordenación funcional

Artículo 47. *Estructuras operativas.*

1. Los servicios sanitarios garantizarán necesariamente una prestación integral y coordinada, y se ordenarán según el contenido funcional más importante que lleven a cabo en las estructuras operativas siguientes:

a) Salud Pública.
b) Atención Primaria.
c) Atención Especializada.
d) Atención Sanitaria Urgente.
e) Atención Sociosanitaria.

2. Los servicios sanitarios podrán prestarse mediante la constitución de áreas de atención integrada en las que se ordenarán las estructuras funcionales.

3. Los servicios sanitarios en Castilla-La Mancha se prestarán en el conjunto de centros, servicios y establecimientos que constituyen la red sanitaria pública de Castilla-La Mancha, sin perjuicio de los convenios o conciertos que se puedan establecer. A tal fin, se ordenarán los recursos públicos para promover el trabajo en red de los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Artículo 48. *De la Salud Pública.*

1. La Salud Pública es el conjunto de actuaciones sanitarias y no sanitarias que tienen como fin promover la salud de las personas y de la colectividad, y prevenir su deterioro actuando sobre ellas y los factores que producirles enfermedad, además de colaborar en la conservación de un entorno saludable.

2. Las estructuras de Salud Pública se aprobarán por el Consejo de Gobierno y dependerán de la Consejería competente en materia de sanidad.

Artículo 49. *De la Atención Primaria.*

1. La Atención Primaria constituye el nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario y se caracteriza por prestar atención integral a la salud mediante el trabajo del colectivo de profesionales del Equipo de Atención Primaria que desarrollan su actividad en la Zona Básica de Salud correspondiente.

2. Las Zonas Básicas de Salud constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la Atención Primaria de Salud.

3. No obstante lo establecido anteriormente, cuando las especiales condiciones socio-económicas demográficas y de comunicaciones dificulten la creación de Zonas Básicas de Salud, podrán constituirse Zonas Especiales de Salud.

4. Los Centros de Salud y los Consultorios Locales constituyen las estructuras físicas de las Zonas Básicas de Salud, donde presta servicio el conjunto de profesionales que integran los Equipos de Atención Primaria.

5. La delimitación de las Zonas Básicas de Salud se regulará mediante Orden de la Consejería competente en materia de sanidad.

6. El Equipo de Atención Primaria desarrollará funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con la Atención Especializada, de acuerdo con las directrices establecidas por los órganos superiores del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

7. Reglamentariamente se establecerán las normas de estructura, organización y funcionamiento de los centros y servicios de atención primaria y se garantizará la participación del colectivo de los profesionales en la gestión de los mismos.

Artículo 50. *De la Atención Especializada.*

1. La Atención Especializada, en tanto que atención que se realiza una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la Atención Primaria, se prestará en los hospitales, así como en otros Centros Especializados de Diagnóstico y Tratamiento, constituyendo el segundo nivel de asistencia.

2. El hospital es la estructura sanitaria responsable de la Atención Especializada, programada y urgente, tanto en régimen de internamiento, como ambulatorio y domiciliario de la población de su ámbito territorial. Desarrolla además las funciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con la Atención Primaria, de acuerdo con las directrices establecidas por los órganos superiores del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

3. Los centros hospitalarios y los Centros Especializados de Diagnóstico y Tratamiento integrados en el Sistema Sanitario constituirán la red hospitalaria pública integrada de Castilla-La Mancha.

4. Los centros de atención especializada no integrados en la red podrán vincularse a ella mediante la suscripción de convenios singulares, y habrán de tenerse siempre en cuenta los principios de su complementariedad con la red pública y la optimización y adecuada coordinación de los recursos.

5. En todo caso, la incorporación o adscripción a la red hospitalaria integrada pública conlleva el desarrollo, además de las tareas estrictamente asistenciales, de funciones de promoción de la salud, educación para la salud, medicina preventiva, investigación clínica y epidemiológica y docencia de acuerdo con los programas del Sistema Sanitario.

6. Cada Área de Salud dispondrá, al menos, de un centro hospitalario, que ofertará los servicios adecuados a las necesidades de la población.

7. Se garantizará la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales.

8. Reglamentariamente se establecerán las normas de estructura, organización y funcionamiento de los centros y servicios de atención especializada y se garantizará la participación del colectivo de los profesionales en la gestión de los mismos.

Artículo 51. *De la Atención Sanitaria Urgente.*

1. La atención a las urgencias sanitarias, como una actividad más de la asistencia, recaerá sobre los centros y servicios sanitarios, que a tal efecto se determinen.
2. Los Centros de Salud serán los puntos de referencia básicos de esta actividad en coordinación con los Centros Hospitalarios y el Servicio de Emergencias, en su caso.
3. El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha dispondrá de un Servicio de Urgencias y Emergencias para asegurar la continuidad en la atención sanitaria urgente, no sólo en el tiempo, sino entre los diferentes niveles asistenciales, que garantice su adecuada coordinación y facilite a la población el acceso a los recursos asistenciales disponibles.
4. Cuando las características climatológicas, geográficas, demográficas, de infraestructura viaria o de carácter epidemiológico lo requieran, el Servicio de Salud podrá establecer otros Puntos de Atención Permanente en el número y localización que se considere oportuno.

CAPÍTULO III

De la Atención Sociosanitaria

Artículo 52. *De la Atención Sociosanitaria.*

1. La Atención Sociosanitaria es aquella que integra los cuidados sanitarios con los recursos sociales de forma continuada y coordinada, a fin de conseguir en quienes la reciben una percepción subjetiva completa de salud y una inserción real en el entorno familiar y social.
2. El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha dispondrá de los recursos necesarios para prestar asistencia en aquellos casos necesitados de atención específica sociosanitaria. A tal efecto se coordinarán todos los servicios sanitarios y sociales de titularidad pública con el fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos. Para facilitar dicha coordinación se crearán comisiones sociosanitarias en el ámbito provincial y regional con participación de la Administración de la Junta de Comunidades, de las Diputaciones y de los Ayuntamientos.
3. El Consejo de Gobierno aprobará un Plan Regional de Atención Sociosanitaria, a propuesta de las Consejerías competentes en materia de sanidad y de bienestar social.

CAPÍTULO IV

Colaboración con otras entidades

Artículo 53. *Desplazamientos.*

La Consejería competente en materia de sanidad promoverá el establecimiento de mecanismos que permitan que, una vez superadas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas existentes en el Área de Salud o en la Comunidad Autónoma, su población pueda acceder a los recursos asistenciales ubicados en otras Áreas de Salud o en otras Comunidades Autónomas.

Artículo 54. *Colaboración con la iniciativa privada.*

El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha podrá establecer conciertos o convenios singulares de vinculación para la prestación de servicios sanitarios a través de medios ajenos al mismo, teniendo siempre en cuenta el principio de complementariedad.

Esta competencia podrá ser delegada total o parcialmente en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Artículo 55. *Requisitos.*

1. Para la celebración de los convenios y conciertos, las entidades e instituciones deberán reunir al menos los siguientes requisitos:

a) Cumplir la normativa sobre apertura y modificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
b) Haber obtenido el certificado de acreditación del centro o servicio objeto de concertación.
c) Adecuar sus planes contables y presupuestarios al plan general contable y demás normativas que señale la Administración competente.
d) Cumplir la normativa vigente en materia fiscal, laboral y de Seguridad Social.
e) Adecuarse a cuantas disposiciones y ordenanzas afecten a las actividades objeto de concierto.
f) Cumplir los criterios de calidad que el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha establezca.

2. En igualdad de condiciones, de eficacia, eficiencia y calidad, las entidades sin ánimo de lucro tendrán consideración preferente para la suscripción de convenios y conciertos.

Artículo 56. *Contenido.*

Los conciertos y convenios deberán recoger necesariamente los siguientes aspectos:

a) Los servicios, recursos y prestaciones objeto del concierto, además de señalar los objetivos cuantificados que se pretenden alcanzar.
b) Su duración, causas de finalización, sistema de renovación y revisión.
c) La periodicidad de abono de las aportaciones económicas.
d) El régimen de acceso de las personas con derecho a la asistencia sanitaria pública a los servicios y prestaciones, y asegurará que la asistencia sanitaria prestada lo sea en régimen de gratuidad.
e) El régimen de inspección de los centros y servicios objeto del concierto, que quedarán sujetos a los controles e inspecciones periódicas y esporádicas que convengan para verificar el cumplimiento de las normas de carácter sanitario, administrativo, económico, contable y de estructura que sean de aplicación.
f) El sistema de evaluación técnica y administrativa.
g) Los plazos de presentación de la memoria anual de actividades y de una memoria justificativa de los gastos con el detalle requerido.
h) Las formalidades a adoptar por las partes suscriptoras del concierto antes de la denuncia o rescisión.
i) El precio de los servicios a concertar.

Artículo 57. *Incompatibilidades.*

El régimen de convenios y conciertos será incompatible simultanearlo con el de subvenciones para la financiación de idénticas actividades o servicios que hayan sido objeto del concierto con la entidad o institución concertada.

Artículo 58. *Extinción.*

1. Los conciertos y convenios se extinguen automáticamente por:

a) La conclusión o cumplimiento del plazo.
b) El mutuo acuerdo entre la Administración Sanitaria y la entidad o institución objeto de convenio o concierto.

2. Son igualmente causa de extinción de los convenios o de resolución de los conciertos:

a) Prestar la atención sanitaria objeto del convenio o concierto contraviniendo el principio de gratuidad.
b) Establecer, sin autorización, servicios complementarios no sanitarios y percibir por ellos cantidades no autorizadas.
c) Infringir la legislación fiscal, laboral o de Seguridad Social con carácter grave.

d) Conculcar cualquiera de los derechos reconocidos a los usuarios de los servicios sanitarios por la presente Ley y en la legislación básica del Estado.

e) Incumplir las normas de acreditación vigentes en cada momento.

f) Para los conciertos, además, las causas de resolución previstas en los artículos 111 excepto los puntos e) y f), y 167 del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio.

g) Aquellas que se establezcan expresamente en sus cláusulas.

Artículo 59. *Acreditación.*

La Consejería competente en materia de sanidad aprobará las normas de acreditación específicas de los diferentes centros y servicios sanitarios. Los centros y servicios sanitarios, públicos o privados, podrán solicitar a la Administración Sanitaria la acreditación que les corresponda, según su especificidad, nivel de complejidad y demás criterios establecidos. Dicha acreditación será condición necesaria a efectos de poder realizar acuerdos o conciertos con la Administración Pública, de los que se deriven obligaciones económicas.

Artículo 60. *Titularidad.*

Cualquier institución u organismo vinculado mediante convenio o concierto al Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha mantendrá la plena titularidad de sus centros o servicios, así como de las relaciones laborales de su personal, sin perjuicio de que puedan colaborar en tales centros, en la forma que reglamentariamente se determine, el personal sanitario dependiente del Sistema Sanitario.

TÍTULO VII

De la docencia e investigación

Artículo 61. *La docencia.*

1. El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha deberá colaborar con la docencia pregraduada, postgraduada y continuada a los colectivos de profesionales de la Comunidad Autónoma.

2. En la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del Sistema Sanitario se establecerá la colaboración permanente entre la Consejería competente en materia de sanidad y el resto de las Consejerías, en particular la competente en materia educativa.

3. La Consejería competente en materia de sanidad promoverá la formación continuada del colectivo de profesionales del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, con el fin de lograr su mayor y mejor adecuación a las prioridades que se establezcan en función de las necesidades de la población, y fomentará la utilización de nuevas tecnologías.

4. El Consejo de Gobierno, a propuesta de las Consejerías competentes en materia de sanidad y de educación, establecerá el régimen de los conciertos entre la Universidad, centros de formación profesional sanitaria y las instituciones sanitarias en las que se debe impartir enseñanza sanitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la medicina, enfermería y las enseñanzas técnico-profesionales relacionadas con las ciencias de la salud y otras enseñanzas que así lo requieran.

5. La Consejería competente en materia de sanidad garantizará un Sistema Regional de Acreditación de Formación Continuada de las profesiones sanitarias, de carácter voluntario con el fin de velar por la calidad de las actividades de formación continuada realizadas por los agentes públicos o privados.

Artículo 62. *Investigación sanitaria.*

1. El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha deberá fomentar las actividades de investigación sanitaria como elemento fundamental para su progreso y mejora de la calidad.

2. La Consejería competente en materia de sanidad, sin perjuicio de las competencias que correspondan a otros órganos y entidades de la Comunidad Autónoma, deberá desarrollar las siguientes funciones:

a) Fomentar la investigación de calidad en las instituciones sanitarias.
b) Definir las prioridades de investigación, basadas en el Plan de Salud y en el Plan Regional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico.
c) Potenciar la investigación coordinada y multicéntrica.
d) Formar y consolidar grupos y unidades de investigación, impulsando la formación de personal científico.
e) Facilitar la difusión de la actividad investigadora.
f) Potenciar una Red Regional de Fondos Documentales en Ciencias de la Salud.
g) Evaluar las investigaciones realizadas en el campo de las Ciencias de la Salud.

3. La Administración Regional fomentará la coordinación en materia de investigación sanitaria con otras instituciones, tanto de ámbito regional como nacional.
4. Para la financiación de la investigación sanitaria se destinará, al menos, un 2 por 100 de los presupuestos globales de las Administraciones Sanitarias Públicas de la Región de Castilla-La Mancha, que se alcanzará progresivamente en el plazo de cuatro años desde la promulgación de esta Ley.

Artículo 63. *El Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha.*

1. Se crea el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha, que dependerá de la Consejería competente en materia de sanidad, con las siguientes funciones:

a) Fomento de la formación continuada del colectivo profesional sanitario.
b) Formación especializada en Salud Pública y Administración Sanitaria.
c) Fomento de las actividades de investigación en ciencias de la salud.
d) Participación en líneas de investigación relacionadas con las prioridades de salud en Castilla-La Mancha.
e) Evaluación de las tecnologías sanitarias.
f) Prestación de servicios y realización de actuaciones propias de la Consejería competente en materia de sanidad que le sean asignadas.

2. Reglamentariamente se establecerá su estructura y funcionamiento.

TÍTULO VIII

De las competencias de las Administraciones Públicas

CAPÍTULO I

De la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Artículo 64. *Del Consejo de Gobierno.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento jurídico le confiere, el Consejo de Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha tendrá las siguientes:

a) Establecer las directrices y los criterios generales de la política sanitaria en Castilla-La Mancha.
b) Aprobar el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.
c) Aprobar el reglamento de estructura y funcionamiento del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en los términos marcados en la presente Ley.
d) Aprobar la delimitación geográfica de las Áreas de Salud y los municipios que las integran.
e) Nombrar y cesar a las personas que integran el Consejo de Administración del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

f) Nombrar y cesar a la persona que ocupe la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha a propuesta del titular de la Consejería de Sanidad.

g) Aprobar el proyecto de presupuestos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

h) Autorizar la celebración de convenios con otras Administraciones Públicas para la prestación de servicios sanitarios.

i) Aquellas otras funciones que le correspondan de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 65. *De la Consejería competente en materia de sanidad.*

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad de Castilla-La Mancha:

a) Programar, ejecutar y evaluar las directrices y los criterios generales de la política y la planificación sanitarias en Castilla-La Mancha.

b) Presentar al Consejo de Gobierno el anteproyecto de presupuestos de la Consejería, incluido el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

c) Autorizar, catalogar y, en su caso, acreditar los centros, servicios y actividades sanitarias, así como el mantener los registros pertinentes.

d) Controlar e inspeccionar las actividades del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha y su adecuación al Plan de Salud.

e) Ejercitar las competencias sancionadoras y de intervención pública para la protección de la salud.

f) Elaborar y proponer al Consejo de Gobierno el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.

g) Aprobar la delimitación, dentro de las Áreas de Salud, de las Zonas Básicas de Salud y de cualquier otra ordenación que resulte de la aplicación del artículo 44 de esta Ley.

h) Nombrar y cesar a los vocales del Consejo de Salud de Castilla-La Mancha.

i) Proponer al Consejo de Gobierno el nombramiento de la representación que le corresponda en el Consejo de Administración del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

j) Proponer al Consejo de Gobierno el nombramiento y cese de quien ocupe la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

k) Aprobar a propuesta del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos al mismo, cuando no sean competencia del Consejo de Gobierno.

l) Elaborar el reglamento de composición y funcionamiento del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para su remisión al Consejo de Gobierno.

m) Aprobar, oído el Consejo de Administración del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, los reglamentos de organización y funcionamiento de los establecimientos sanitarios del servicio.

n) Fomentar y regular la participación ciudadana en el Sistema Sanitario.

o) Elaborar el Registro de Asociaciones Científicas de carácter sanitario de Castilla-La Mancha así como de las asociaciones de ayuda mutua y autocuidados, cuyos objetivos se relacionen con la salud, sin perjuicio de las competencias que correspondan al Registro General de Asociaciones.

p) Aprobación y desarrollo de la estructura básica del Sistema de Información sanitaria de Castilla-La Mancha.

q) Regular y controlar la publicidad sanitaria.

r) Aprobar la cartera de servicios de los centros sanitarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, a propuesta del mismo, oído el Consejo de Salud.

2. Corresponde a las Delegaciones Provinciales, en su ámbito territorial, el desarrollo de las funciones y la prestación de los servicios de la Consejería responsable en materia de sanidad, bajo la delegación y supervisión de ésta.

CAPÍTULO II

De las Corporaciones Locales

Artículo 66. *De las Corporaciones Locales.*

1. Corresponde a las Corporaciones Locales, en el marco del Plan de Salud de Castilla-La Mancha y de las directrices y Programas de la Administración Sanitaria Regional, las siguientes funciones:

A) Ejercer las competencias que en materia de salud pública les atribuye la legislación de Régimen Local. No obstante, los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades respecto al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios:

a) Control sanitario del medioambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.
b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico-deportiva y de recreo.
d) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como sus medios de transporte.
e) Control sanitario de los cementerios y de la sanidad mortuoria.

B) Formar parte de los órganos del Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha, conforme a lo dispuesto en esta Ley y en la forma que reglamentariamente se determine.
C) Colaborar en la construcción, remodelación y equipamiento de centros y servicios sanitarios, así como en su conservación y mantenimiento, en los términos que se acuerde en cada caso.

2. Para el desarrollo de estas funciones los Ayuntamientos solicitarán el apoyo técnico del personal y medios del Sistema Sanitario en cuya demarcación se encuentren comprendidos.
3. El Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha podrá delegar en las Corporaciones Locales el ejercicio de cualesquiera funciones en materia sanitaria, en las condiciones previstas en la legislación de Régimen Local.

TÍTULO IX

Del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 67. *Creación y objeto.*

Se crea el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha con el fin de proveer los servicios y gestionar los centros y establecimientos destinados a la atención sanitaria que le sean asignados, así como desarrollar los programas de salud que se le encomienden con el objetivo final de proteger y mejorar el nivel de salud de la población.

Artículo 68. *Naturaleza jurídica.*

1. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha es un organismo autónomo dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.
2. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha queda adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad.

3. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá gestionar los siguientes centros, servicios y establecimientos sanitarios:

a) Los de asistencia sanitaria a la población propios de la Administración Regional.
b) Los de asistencia sanitaria a la población de la Seguridad Social, cuya gestión sea transferida a la Comunidad Autónoma.
c) Los centros dependientes en la actualidad de las Corporaciones Locales en virtud de los acuerdos que se establezcan.
d) Todos los que se integren en el futuro, no contemplados en los apartados anteriores.

Artículo 69. *Funciones.*

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha tiene las siguientes funciones:

1. La ejecución y gestión de las prestaciones sanitarias, que le sean asignadas, mediante las actuaciones de Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Asistencia Sanitaria y Rehabilitación.
2. La adecuada gestión, conservación y mantenimiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios que le sean asignados, teniendo en cuenta las características socioeconómicas, geográficas, sanitarias y poblacionales de Castilla-La Mancha.
3. La óptima distribución de los medios económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones sanitarias asistenciales que le asigne el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.
4. La coordinación y correcta utilización de los recursos disponibles en el dispositivo sanitario asistencial adscrito al Servicio.
5. La mejora continua de la calidad y modernización de los servicios.
6. El estímulo a la formación continuada, a la docencia y a la investigación científica en el ámbito de la salud.
7. La promoción de la formación y la actualización de los conocimientos que requiere su personal sanitario y no sanitario.
8. La participación en programas de asistencia sociosanitaria, en las condiciones que se establezcan.
9. La ejecución y desarrollo de los programas y actividades de Salud Pública que le sean encomendados por la Consejería competente en materia de sanidad.
10. La gestión de las prestaciones farmacéuticas y complementarias que le correspondan en el ámbito de sus competencias.
11. La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le sean asignadas para el desarrollo de las funciones que le están encomendadas.
12. Las que le sean encomendadas por el Consejo de Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha o por la Consejería competente en materia de sanidad en el ámbito de sus respectivas competencias.

CAPÍTULO II

Organización y estructura

Sección 1.ª Órganos de administración

Artículo 70. *Órganos.*

1. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se estructura en los siguientes órganos:

Centrales:

– El Consejo de Administración.
– La Presidencia del Consejo de Administración.
– La Dirección-Gerencia, y
– Los órganos directivos que reglamentariamente se determinen.

Periféricos:

– Las Gerencias de centros, servicios o estructuras que reglamentariamente se determinen.

2. El Consejo de Gobierno, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, aprobará el reglamento de estructura y funcionamiento del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. El reglamento establecerá la organización precisa para dar cumplimiento a las funciones que debe desarrollar este organismo, atendiendo a los principios de eficacia, eficiencia, simplicidad, transparencia y cercanía.

Artículo 71. *Del Consejo de Administración.*

1. El Consejo de Administración es el órgano superior de gobierno y administración del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

2. El Consejo de Administración estará integrado, en la forma que reglamentariamente se determine, por:

a) La Presidencia, cuyo cargo ejercerá la persona que sea titular de la Consejería competente en materia de sanidad, sus delegados provinciales, quien esté al cargo de la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud y un número no superior a cinco representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma.

b) Diez miembros en representación de las Corporaciones Locales, de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas de Castilla-La Mancha, de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las asociaciones de vecinos.

3. La pertenencia al Consejo es incompatible con cualquier vinculación con empresas o entidades relacionadas con el suministro o la dotación de material sanitario, productos farmacéuticos y otros intereses relacionados con la sanidad, así como con todo tipo de prestaciones de servicios o relación laboral en activo en centros, establecimientos o empresas que presten servicios en régimen de concierto y convenio con el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

4. Corresponde al Consejo de Administración del Servicio de Salud la planificación estratégica de los medios vinculados al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, de acuerdo con las directrices de la Consejería competente en materia de sanidad, la dirección de sus actuaciones, el control superior de la gestión y las facultades necesarias para dirigir e impulsar el proceso e intensidad con la que se configuran sus servicios sanitarios.

Artículo 72. *La Presidencia del Consejo de Administración.*

Corresponde a la persona que ocupe la Presidencia del Consejo de Administración, la dirección del organismo autónomo y de su Consejo de Administración, la convocatoria de éste, así como la supervisión de todas las actuaciones del Servicio Regional.

Artículo 73. *De la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.*

La persona que ocupe la Dirección-Gerencia del Servicio es la representante legal del mismo y ejerce las funciones de: control, coordinación estratégica y gestión del Servicio.

Además convendrá con los órganos de la Dirección del Sistema Sanitario el contrato de gestión que establezca la prestación de los servicios sanitarios, que tenga encomendados el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Su nombramiento y cese corresponderá al Consejo de Gobierno a propuesta del titular de la Consejería competente en materia de sanidad.

Reglamentariamente se establecerá la estructura, organización y funcionamiento de sus servicios.

Artículo 74. *De las Gerencias.*

1. Las Gerencias son los órganos periféricos territoriales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha a quienes corresponde optimizar la gestión de los servicios y dirigir los recursos y centros que se le asignen, bajo la dependencia de la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

2. Las Gerencias actuarán bajo los principios de autonomía y desconcentración de la gestión.

3. Cada Gerencia convendrá con la Dirección-Gerencia el contrato de gestión de los servicios, centros y establecimientos a su cargo, el cual fijará los objetivos sanitarios, la dotación de recursos necesarios, el plazo para su cumplimiento y su evaluación.

4. Las personas al cargo de las Gerencias serán designadas y cesadas por quien esté al frente de la Dirección-Gerencia del Servicio, de quien dependerán jerárquicamente.

5. Reglamentariamente se establecerá la estructura, organización y funcionamiento de las Gerencias, y se garantizará la participación de sus profesionales y de su personal.

Sección 2.ª Estructura asistencial

Artículo 75. *De la estructura asistencial.*

1. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá proveer cualquier prestación o servicio que le sea encomendado por el Sistema Sanitario Regional, adoptará su estructura al desarrollo social y económico, así como a las necesidades y demandas de la población que vayan surgiendo, y asegurará la coordinación de los diferentes niveles y dispositivos que pudieran existir.

2. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, conforme a los criterios de esta Ley y en los términos que reglamentariamente se establezca, podrá realizar conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios que le sean ajenos.

3. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha deberá establecer objetivos que permitan:

a) Desarrollar medidas para evaluar el cumplimiento de las actuaciones y actividades que se realicen en cada uno de los centros y servicios sanitarios.

b) Garantizar la calidad de servicio, así como su aceptación por la población.

c) Incorporar en los diferentes niveles de atención la mejora constante de servicios atendiendo las necesidades de la ciudadanía, las demandas del conjunto de profesionales y el avance de la ciencia para conseguir una mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

d) Promover sistemas de información e instrumentos de gestión que permitan una mayor eficacia, eficiencia y efectividad de los centros y servicios.

e) Potenciar a los centros y servicios como referentes de formación y de investigación científica.

CAPÍTULO III

Del régimen jurídico de los actos y patrimonio

Artículo 76. *Del régimen jurídico.*

1. El régimen jurídico de los actos emanados de los órganos de dirección y gestión del Servicio será el establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común, y en la normativa de organización y funcionamiento de la Administración Regional.

2. Ponen fin a la vía administrativa los actos dictados por:

a) La Presidencia del Consejo de Administración.

b) El Consejo de Administración.

c) El Director Gerente en materia de personal y de contratación.

3. Los actos y acuerdos de la persona a cargo de la Dirección-Gerencia del Servicio serán susceptibles de recurso ante el titular de la Consejería competente en materia de sanidad, excepto en los que se deriven de la aplicación del apartado anterior.

4. Los actos y acuerdos de los Gerentes asistenciales serán susceptibles de recurso ante el Director Gerente del Servicio.

5. La declaración de nulidad de los actos administrativos que hayan puesto fin a la vía administrativa corresponde al órgano que los dictó. La declaración de nulidad de los actos administrativos que no hayan sido recurridos en plazo y de las disposiciones administrativas corresponderá a quien esté al cargo de la DirecciónGerencia del Servicio de Salud.

6. La declaración de lesividad de los actos anulables del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha corresponderá al titular de la Consejería competente en materia de sanidad.

7. Corresponde al Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha la resolución de los expedientes de reclamación de responsabilidad patrimonial.

Artículo 77. *Patrimonio.*

1. El patrimonio del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se integra por los siguientes bienes y derechos:

a) Los bienes y derechos cuya titularidad corresponda a la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y que le sean adscritos para el cumplimiento de sus fines.

b) Los bienes y derechos de toda naturaleza afectos a la gestión y ejecución de los servicios sanitarios transferidos de la Seguridad Social que les sean adscritos.

c) Cualesquiera otros adquiridos por otro título jurídico.

2. El régimen jurídico de los bienes y derechos del Servicio será el establecido en el Estatuto de Autonomía; en la Ley 6/1997, de 10 de julio, de Hacienda de Castilla-La Mancha; en la Ley 6/1985, de 13 de noviembre, de Patrimonio de Castilla-La Mancha, y normas que la desarrollen, y, en su defecto, por la legislación del Patrimonio del Estado o de la Seguridad Social.

3. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha dispondrá de un inventario de bienes y derechos propios o afectados, que permita conocer en todo momento su naturaleza y características así como su uso y destino.

CAPÍTULO IV

Del personal

Artículo 78. *Composición.*

El personal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha estará integrado por:

a) El personal funcionario o laboral de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha que pase a prestar servicios en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

b) El personal transferido para la gestión y ejecución de las funciones y servicios sanitarios de la Seguridad Social que se le asigne.

c) El personal que se incorpore de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 79. *Régimen jurídico.*

El régimen estatutario será, con carácter general, el aplicable al personal que preste sus servicios en el Servicio Regional de Salud, sin perjuicio de que también pueda incorporarse personal funcionario o laboral.

La clasificación y régimen jurídico del personal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se regirá por las disposiciones que se regulen al efecto y por las que respectivamente les sean de aplicación atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de ocupación.

Artículo 80. *Competencias.*

Con respecto al personal dependiente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, corresponden a la Consejería competente en materia de sanidad las competencias reguladas en el artículo 11, puntos 1 y 2, de la Ley 3/1988, de 13 de diciembre, de Ordenación de la Función Pública de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, y a la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha las competencias reguladas en el artículo 11.3 de la Ley anteriormente mencionada.

CAPÍTULO V

Del régimen económico y financiero

Artículo 81. *De la financiación.*

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se financiará con cargo a los recursos, aportaciones, rendimientos, subvenciones e ingresos ordinarios a los que se refiere el artículo 43 de esta Ley, que le sean asignados.

Artículo 82. *Del presupuesto.*

1. La elaboración del presupuesto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se regirá por lo establecido en la Ley 6/1997, de 10 de julio, de la Hacienda de Castilla-La Mancha.
2. El proyecto del presupuesto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se basará en las previsiones del Plan de Salud de Castilla-La Mancha y en la provisión de servicios sanitarios que se le haya encomendado, y deberá presentarse detallado de acuerdo con las clasificaciones presupuestarias establecidas incluyendo el adecuado desglose por niveles asistenciales y sus correspondientes órganos de gestión.
3. El presupuesto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se integrará en la sección presupuestaria de la Consejería competente en materia de sanidad de una manera diferenciada. Asimismo, en el estado de ingresos quedarán debidamente reflejados los que procedan de los Presupuestos Generales del Estado asignados a la sanidad.
4. Podrá acordarse en la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma un régimen especial de vinculación y modificaciones en los créditos presupuestarios, que permitan agilizar y simplificar la administración y gestión del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Artículo 83. *Control interno.*

1. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha está sujeto a la función interventora de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 6/1997, de 10 de julio, de Hacienda de Castilla-La Mancha.
2. El Consejo de Gobierno, a propuesta de las Consejerías de Economía y Hacienda y de Sanidad, podrá acordar la aplicación del control financiero permanente como único sistema de control.

Artículo 84. *Control externo.*

Las actuaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha estarán sujetas al control de la Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Autónoma.

Artículo 85. *Contabilidad.*

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha está sometido al régimen de contabilidad pública y rendirá sus cuentas de acuerdo con los principios y normas de ésta.

Disposición adicional.

a) Los servicios y establecimientos sanitarios de que disponen las Corporaciones Locales quedan integrados en el Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha, bajo la dirección y coordinación de la Consejería competente en materia de sanidad.
b) Las Corporaciones Locales que en la actualidad disponen de servicios y establecimientos destinados a la asistencia sanitaria continuarán desarrollando esta función hasta que, de mutuo acuerdo con el Gobierno Regional, se produzca su transferencia.
c) Lo dispuesto en el apartado anterior, se entiende sin perjuicio de la posible integración previa de dichos servicios y establecimientos en la red sanitaria del Instituto Nacional de la Salud.

Disposición transitoria primera.

Hasta tanto se promulgue la regulación a la que se refiere el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y teniendo en cuenta lo dispuesto en la presente Ley y en la legislación estatal sobre personal estatutario con carácter básico, se podrán dictar las normas legales y reglamentarias que permitan un mayor desarrollo en las materias de gestión del personal del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, que garantizarán los procedimientos de negociación colectiva en los términos previstos por las normas legales vigentes.

Disposición transitoria segunda.

Hasta que se apruebe la estructura del Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha sus funciones serán desarrolladas por el Centro Regional de Salud Pública.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan la presente Ley.

Disposición final primera.

Se faculta al Consejo de Gobierno a dictar las normas de carácter reglamentario para desarrollar y aplicar la presente Ley.

Disposición final segunda.

La presente Ley entrará en vigor al mes de su publicación en el «Diario Oficial de Castilla-La Mancha».

§ 36

Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha
«DOCM» núm. 142, de 25 de julio de 2014
«BOE» núm. 255, de 21 de octubre de 2014
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2014-10666

Las Cortes de Castilla-La Mancha han aprobado y yo, en nombre del Rey, promulgo la siguiente ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La Constitución Española, en su artículo 43.1, reconoce el derecho a la protección a la salud. Para hacer efectivo este derecho en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, el Estatuto de Autonomía de la región atribuye a la Junta de Comunidades competencias de desarrollo legislativo y ejecución en esta materia.

En el ejercicio de esas competencias, la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha promulgó la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, en cuyo articulado se dispone que el Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha garantiza a los ciudadanos diversos derechos en el ámbito sanitario, entre ellos la atención sanitaria adecuada a las necesidades individuales y colectivas, y el pleno ejercicio del régimen de derechos y deberes recogidos en esa ley.

El Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre, transfirió a Castilla-La Mancha las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, dando cumplimiento a lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha.

Por su parte, la Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada, propuso unos tiempos máximos nada menos que con rango de ley, como si los avances de la sanidad fueran estáticos, para consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, pretendiendo, sin conseguirlo, una gestión integral de las listas de espera y una adecuada información a la ciudadanía sobre las mismas.

Tras más de diez años desde las transferencias sanitarias, se ha constatado la necesidad de contar con un sistema sanitario más dinámico y participativo, que dé respuesta a las necesidades asistenciales cambiantes de los castellanomanchegos. En este sentido, la incorporación de innovaciones organizativas y de fórmulas que aumenten la participación de los pacientes es un imperativo para el sistema de salud de Castilla-La Mancha, que debe poner fin al inmovilismo al que ha estado sometido en legislaturas anteriores.

Gracias al impulso político llevado a cabo en la presente legislatura, nuestra región cuenta hoy con una sanidad fuerte, moderna y con garantías de futuro, ya que la aplicación de reformas eficientes ha conseguido que Castilla-La Mancha cuente actualmente con una asistencia sanitaria pública más sostenible, integrada, equitativa y centrada en la persona.

II

La libertad personal es uno de los principales derechos sobre los que se asienta la democracia, por eso, una sociedad avanzada como la castellanomanchega precisa articular mecanismos que den mayor protagonismo a sus ciudadanos. Profundizar, por tanto, en la libertad de elección de los usuarios de los servicios públicos que más afectan a la esfera individual, como es la asistencia sanitaria, es una fórmula para que los ciudadanos participen de manera activa y directa en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Una sanidad pública equitativa, eficiente y de calidad, demanda una permanente orientación al paciente, que se ve mejorada cuando este tiene libertad de elegir el centro sanitario y el profesional por el que quiere ser atendido. El ejercicio efectivo de la libertad de elección sitúa al paciente en el centro de atención del sistema sanitario, garantiza la mejora de la calidad y fortalece la relación profesional sanitario-paciente. Por otra parte, facilita a la administración sanitaria el conocimiento sobre la percepción que tienen los pacientes de la calidad de la atención sanitaria y proporciona una información relevante y útil para los gestores del Servicio de Salud.

III

En los diez últimos años, los profesionales sanitarios han venido reclamando, apoyados en la evidencia científico médica, la incorporación de nuevos enfoques en la gestión de los pacientes que se encuentran en lista de espera a través de una gestión eficaz y flexible, basada en una buena planificación que potencie el uso de recursos propios y que evite estrategias que impliquen riesgos para la sostenibilidad del sistema sanitario.

En este sentido, se ha constatado la necesidad de incluir criterios clínicos modernos que permitan ordenar de manera estable y transparente a los pacientes que están a la espera de atención especializada programada en función del grado de afectación sintomática, del pronóstico y de afectación a su calidad de vida.

Por ese motivo, la presente ley, mediante la priorización clínica, pretende incluir la gravedad de las patologías y la eficacia y oportunidad de una intervención quirúrgica como instrumentos de gestión del registro de pacientes en lista de espera y, a su vez, la integración de conceptos clínicos como el aumento de los años de vida, la disminución de la discapacidad y la progresión y carácter invalidante de las patologías.

Artículo 1. *Objeto de la ley.*

La presente ley tiene por objeto establecer las garantías de respuesta en la atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente. Asimismo, tiene por objeto la regulación del derecho a la libre elección de médico, centro y servicio en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Artículo 2. *Beneficiarios.*

Serán beneficiarios de las garantías establecidas en esta ley quienes dispongan de tarjeta sanitaria correspondiente al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Quienes no residan en ella gozarán de dichos derechos en la forma y condiciones previstos en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.

Artículo 3. *Plazos máximos de respuesta.*

1. La Consejería competente en materia de sanidad fijará, los procedimientos y técnicas de las diferentes especialidades en las modalidades de cirugía, consultas externas de especialistas y pruebas diagnósticas especializadas, así como los tiempos máximos de respuesta, que se garantizan en cada caso.

2. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha establecerá, para la adecuada priorización de los pacientes que están en lista de espera para patología programada y no urgente, los siguientes criterios:

a) Gravedad de las patologías motivo de la atención: patologías que en su evolución posterior originan riesgo vital o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida.
b) Eficacia de la intervención: la intervención quirúrgica es eficaz para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida del usuario.
c) Oportunidad de la intervención: su realización temprana evita la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma.
d) Carácter invalidante de la enfermedad, que suponga la imposibilidad, al paciente afectado, para trabajar.

3. A partir de estos criterios, se establecerán, reglamentariamente niveles de priorización y tiempos de garantía mínimos. La referencia global será la establecida por la legislación vigente para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, pudiendo reducirse los tiempos de garantía para las situaciones de mayor prioridad asistencial.

Artículo 4. *Ejercicio de la libre elección.*

1. Los pacientes tendrán derecho a elegir el centro para ser atendidos dentro de la red sanitaria del Servicio de Salud.
2. La libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en atención primaria podrá ejercerse en el ámbito de la zona básica de salud. El ejercicio de la elección en atención especializada supondrá que todos los problemas de salud del paciente serán atendidos en el mismo hospital, sin perjuicio de la asistencia en centros hospitalarios de referencia. Asimismo, no será posible la elección simultánea de varios centros.
3. Si se prevé que el paciente no podrá ser atendido en el centro elegido por él dentro del plazo señalado reglamentariamente, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha deberá informarle de tal extremo y le podrá ofertar cualquiera de los centros sanitarios propios para recibir atención dentro de los plazos garantizados.

Artículo 5. *Sistema de garantías.*

1. En el caso de que se superen los plazos establecidos reglamentariamente tanto en el centro elegido por el paciente como en el centro que el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha le haya designado en el supuesto del artículo 4.3, el paciente podrá requerir atención sanitaria especializada en centros sanitarios relacionados jurídicamente con el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
2. En el supuesto previsto en el apartado anterior, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha estará obligado, en su caso, al pago de los gastos derivados de dicha atención sanitaria.
3. Las causas motivadas de pérdida o suspensión de la garantía asistencial, se regularán reglamentariamente.
4. Los plazos máximos a que hace referencia el artículo 3 seguirán los criterios para el cómputo de pacientes pendientes de consultas externas y pruebas diagnósticas y los criterios para el cómputo de listas de espera quirúrgica establecidos en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, o las normativas que se desarrollen posteriormente para todo el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 6. *Gastos de desplazamiento.*

Los gastos de desplazamiento de un enfermo que precise recibir atención sanitaria especializada, programada y no urgente, en los supuestos previstos en los artículos 4.3 y 5.1 de esta ley, en un área sanitaria distinta de aquella en la que esté ubicado el centro del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha desde el que se le indicó la necesidad de la atención sanitaria especializada, así como los gastos del acompañante, en el caso de menores, incapacitados y personas dependientes, serán abonados por el Servicio de Salud

de Castilla-La Mancha, de acuerdo con las tarifas y en las condiciones que se fijen reglamentariamente.

Artículo 7. *Información sobre listas de espera.*

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha facilitará información en su página web que se actualizará con carácter mensual, a la que podrán tener acceso todos los ciudadanos, sobre el número de pacientes que figuran en las listas de espera de todas las especialidades.

Artículo 8. *Registro de pacientes en lista de espera.*

En el registro de pacientes en lista de espera de Castilla-La Mancha, adscrito al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, se inscribirán todos los pacientes que soliciten una atención sanitaria especializada de carácter programado y no urgente.

Su contenido, organización y funcionamiento, que deberá ajustarse a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se establecerá siempre reglamentariamente.

Todos los pacientes afectados tendrán acceso a comprobar telemáticamente, y en tiempo real, su situación personal en el citado registro, en los términos a que se refiere el presente artículo.

Artículo 9. *Informe anual.*

La Consejería responsable de la gestión sanitaria elaborará por escrito un Informe Anual de Listas de Espera que será presentado a la Comisión competente de las Cortes de Castilla-La Mancha en el primer semestre de cada año natural.

Disposición transitoria única. *Acceso telemático a la información personal sobre listas de espera.*

El Servicio de Salud dispondrá del plazo máximo de un año para el desarrollo de la información personalizada a pacientes prevista en el artículo 8.

Disposición final primera. *Desarrollo.*

Se faculta al Consejo de Gobierno para que lleve a cabo el desarrollo reglamentario previsto en la misma.

Disposición final segunda. *Modificación de la Ley 4/2011, de 10 de marzo, del Empleo Público de Castilla-La Mancha.*

Se modifica el apartado primero de la disposición adicional undécima de la Ley 4/2011, de 10 de marzo, del Empleo Público de Castilla-La Mancha, que quedará redactado de la siguiente forma:

> «1. El personal estatutario fijo de instituciones sanitarias y el personal funcionario de carrera de los cuerpos de personal funcionario docente no universitario pueden desempeñar los puestos reservados al personal funcionario o al personal directivo profesional de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha que se determinen en la relación de puestos de trabajo, siempre que las funciones a realizar justifiquen suficientemente tales adscripciones.»

Disposición final tercera. *Modificación de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.*

Se modifica el artículo 47 de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, que queda redactado como sigue:

> «1. Los servicios sanitarios garantizarán necesariamente una prestación integral y coordinada, y se ordenarán según el contenido funcional más importante que lleven a cabo en las estructuras operativas siguientes:

a) Salud Pública.
b) Atención Primaria.
c) Atención Especializada.
d) Atención Sanitaria Urgente.
e) Atención Sociosanitaria.

2. Los servicios sanitarios podrán prestarse mediante la constitución de áreas de atención integrada en las que se ordenarán las estructuras funcionales.

3. Los servicios sanitarios en Castilla-La Mancha se prestarán en el conjunto de centros, servicios y establecimientos que constituyen la red sanitaria pública de Castilla-La Mancha, sin perjuicio de los convenios o conciertos que se puedan establecer. A tal fin, se ordenarán los recursos públicos para promover el trabajo en red de los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios.»

Disposición final cuarta. *Modificación de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.*

Se da nueva redacción al apartado segundo del artículo 16 de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, que queda redactado de la siguiente forma:

«Estará dotado de un equipo de profesionales que se determinará reglamentariamente, en función de la población, de la realidad social y geográfica de cada zona, y de las prestaciones que se desarrollen conforme a los estándares de calidad que se establezcan y garantizando la eficaz atención a las personas.»

Disposición final quinta. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor el día 1 de octubre de 2014.

Disposición derogatoria.

1. Queda derogada la Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada.

2. Quedan derogadas todas las normas de carácter legal o reglamentario que se opongan a la presente ley.

Toledo, 21 de julio de 2014.–La Presidenta, María Dolores de Cospedal García.

§ 37

Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria

Comunidad Autónoma de Cataluña
«DOGC» núm. 1324, de 30 de julio de 1990
«BOE» núm. 197, de 17 de agosto de 1990
Última modificación: 30 de abril de 2020
Referencia: BOE-A-1990-20304

EL PRESIDENTE DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de Cataluña ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que establece el artículo 33.2 del Estatuto de Autonomía de Cataluña, promulgo la siguiente Ley de Ordenación Sanitaria.

I

Alcanzar una ordenación sanitaria basada en la racionalización y coordinación de los recursos existentes que permita una mayor y más eficaz atención a la salud de los ciudadanos ha sido una vieja aspiración de la sociedad catalana que se ha plasmado en diversos textos legales. Ya en el año 1934, el Parlamento de Cataluña dictó la Ley de Bases para la Organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social, que establecía un sistema sanitario mixto configurado por servicios de titularidad pública y privada, bajo la dirección y organización de la Generalidad, y la Ley de Coordinación y de Control Sanitario Público, que instituía las fórmulas de coordinación entre los distintos organismos, instituciones y autoridades sanitarios, a los efectos del mejor desarrollo de los servicios y del encadenamiento de las funciones sanitarias.

No es hasta el año 1983 que el Parlamento vuelve a abordar la organización de los servicios sanitarios al promulgar la Ley 12/1983, de 14 de julio, de Administración Institucional de la Sanidad, la Asistencia y los Servicios Sociales de Cataluña, que crea el Instituto Catalán de la Salud como entidad gestora de los servicios y las prestaciones sanitarios propios de la Generalidad y de los transferidos de la Seguridad Social, con el fin de desarrollar las competencias que la Constitución y el Estatuto de Autonomía atribuyen a la Generalidad de Cataluña y ejecutar los servicios y funciones que le habían sido traspasados, avanzándose así al establecimiento del modelo sanitario que con carácter básico tenía que fijar el Estado.

II

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, a fin de hacer efectivo el derecho constitucional de protección de la salud, establece las bases de un modelo de ordenación sanitaria que se construya mediante la creación del Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, debidamente

coordinados, los cuales integran o adscriben funcionalmente todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, las Corporaciones Locales y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.

En el marco de este modelo sanitario, la presente Ley tiene por objeto la ordenación del sistema sanitario público de Cataluña, de acuerdo con los principios de universalización, integración de servicios, simplificación, racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, concepción integral de la salud, descentralización y desconcentración de la gestión, sectorización de la atención sanitaria y participación comunitaria.

A los efectos de dicha ordenación, se crea un ente público, el Servicio Catalán de la Salud, configurado por todos los centros, servicios y establecimientos públicos y de cobertura pública de Cataluña, al cual corresponden, además de las funciones de gestión y administración de los centros, servicios y prestaciones del sistema sanitario público, las funciones de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública, así como la distribución de los recursos económicos afectos a su financiación, que se ejercerán de acuerdo con las directrices y prioridades previstas en el Plan de Salud de Cataluña y los criterios generales de la planificación sanitaria que determine el Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Se pretende así superar determinadas deficiencias de la organización sanitaria, como es la desvinculación entre las actuaciones en materia de ordenación y planificación y las de gestión de los servicios sanitarios, atribuidas en todas partes a órganos diferenciados, asignándolas a un organismo único que las desarrolle bajo una dirección única, con el objetivo de alcanzar una adecuada coordinación en las materias antedichas, del todo aconsejable, por otro lado, teniendo en cuenta su estrecha interrelación.

Dado que el Servicio Catalán de la Salud es un ente instrumental creado para el ejercicio de competencias y funciones cuya responsabilidad corresponde a la Administración de la Generalidad, el mencionado ente se adscribe al Departamento de Sanidad y Seguridad Social que, entre otras facultades, ostenta su dirección, vigilancia y tutela, así como el control, la inspección y la evaluación de sus actividades.

III

Uno de los aspectos más novedosos de la presente Ley, que la diferencia notablemente de las leyes de creación de los Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas, está en la diversidad de fórmulas de gestión –directa, indirecta o compartida– que el Servicio Catalán de la Salud puede emplear a los efectos de la gestión y administración de los servicios y prestaciones del sistema sanitario público. De este modo, se pretende avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial, adecuados al carácter prestacional de la Administración sanitaria, no obstante su naturaleza pública.

IV

Desde el punto de vista organizativo, el Servicio Catalán de la Salud se estructura de forma profundamente desconcentrada a través de las Regiones Sanitarias, que se corresponden con las Áreas de Salud previstas en la Ley General de Sanidad, las cuales se delimitan de acuerdo con factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, etc., de Cataluña, teniendo en cuenta la ordenación territorial que establezca el Parlamento, estando dotadas de un amplio abanico de competencias propias. Las Regiones Sanitarias se ordenan en Sectores Sanitarios, órganos igualmente desconcentrados, mediante los cuales se desarrollan las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, salud pública y asistencia sanitaria y sociosanitaria en su nivel de atención primaria, así como las especialidades médicas de apoyo y referencia de la misma, coordinadamente con el nivel de atención hospitalaria.

A su vez, los Sectores Sanitarios están conformados por un conjunto de Áreas Básicas de Salud, unidades territoriales elementales donde se prestan, mediante el Centro de Atención Primaria, principalmente, y mediante fórmulas de trabajo en equipo, actuaciones relativas a la salud pública y la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población, de manera plenamente integrada y más próxima al

usuario. Se instaura, pues, un modelo basado en la concepción integral de la salud, que pone fin a la tradicional y agenésica dicotomía entre salud pública y asistencia sanitaria.

V

Respetuosa con las soluciones adoptadas por el legislador de antaño, y de acuerdo con la actual configuración del modelo sanitario de Cataluña plasmado en los trabajos de Desarrollo del Mapa Sanitario del año 1983, la Ley consolida, mediante la institucionalización por la Ley de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, un sistema sanitario mixto, basado en el aprovechamiento de todos los recursos, sean públicos o privados, con el objeto de alcanzar una óptima ordenación hospitalaria que permita la adecuada homogeneización de las prestaciones y la correcta utilización de los recursos humanos y materiales, siguiendo así la tendencia general de los países desarrollados.

VI

La ordenación prevista en la presente Ley ajusta el ejercicio de las competencias en materia de sanidad al principio constitucional de participación democrática de los interesados, dando así cumplimiento al mandato previsto en el artículo 17.5 del Estatuto de Autonomía de Cataluña. Dicho principio de participación comunitaria, que impregna la totalidad de las estructuras del Servicio Catalán de la Salud, se instrumenta mediante la representación de las Corporaciones Locales en los órganos colegiados de dirección de las Regiones Sanitarias, conforme a las previsiones contenidas en la legislación básica del Estado, y en los órganos de participación establecidos en todos sus niveles, en los cuales también tienen representación las entidades que en el ámbito de la sanidad son representativas del tejido social de Cataluña.

VII

Se establece el Plan de Salud como instrumento principal de la planificación sanitaria en el cual se contemplan las líneas directrices y de desarrollo de las actividades, programas y recursos del sistema sanitario de Cataluña, y al que deberá ajustarse en su actuación la Administración Sanitaria.

Finalmente, la Ley regula las competencias de los entes comarcales y de los municipios en dicha materia, completando así la ordenación sanitaria de Cataluña.

VIII

Obviamente, la implantación de este nuevo modelo deberá llevarse a cabo de un modo gradual y progresivo a fin de asegurar plenamente el éxito de la reforma que se promulga, lo cual tiene su reflejo en las disposiciones transitorias de la Ley, que prevén el ineludible período que debe transcurrir hasta la plena asunción de las competencias del Servicio Catalán de la Salud, que se irán completando a medida que se proceda a la integración o adscripción funcional de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad de las Corporaciones Locales y otras administraciones territoriales intracomunitarias y a la integración de los servicios y funciones actualmente adscritos al Departamento de Sanidad y Seguridad Social y al Instituto Catalán de la Salud.

En definitiva, la aplicación del modelo que la presente Ley configura nos permitirá avanzar, sin duda, en la distribución adecuada de los recursos sanitarios, la optimización de los medios económicos que se destinan a los mismos, la coordinación de todo el dispositivo de cobertura pública, el acercamiento y participación de los usuarios en la toma de decisiones y la mejora de la calidad de los servicios sanitarios, con el objetivo último y esencial de promover, proteger, restaurar, rehabilitar y mejorar la salud de los ciudadanos de Cataluña.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

La presente Ley tiene por objeto la ordenación del sistema sanitario de Cataluña, así como la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 y concordantes de la Constitución Española en el territorio de la Generalidad, en el marco de las competencias que le atribuyen el artículo 9, apartados 11 y 19, y el artículo 17 del Estatuto de Autonomía.

Artículo 2. *Principios informadores.*

La protección de la salud, la ordenación y la organización del sistema sanitario de Cataluña en los términos previstos en la presente Ley, se ajustan a los principios informadores siguientes:

a) Concepción integral e integrada del sistema sanitario en Cataluña, haciendo especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
b) Descentralización y desconcentración de la gestión.
c) Universalización para todos los ciudadanos residentes en Cataluña de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo.
d) Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y el control de su ejecución.
e) Racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia de la organización sanitaria.
f) Equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales para la prestación de los servicios sanitarios.
g) Sectorialización de la atención sanitaria.
h) Promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante, entre otros, una adecuada educación sanitaria en Cataluña y una correcta información sobre los recursos sanitarios existentes.
i) Control sanitario del medio ambiente.

TÍTULO II

Del Servicio Catalán de la salud

Artículo 3. *Objetivo.*

Para llevar a cabo una adecuada organización y ordenación del sistema sanitario de Cataluña, se crea el Servicio Catalán de la Salud, que tiene como objetivo último el mantenimiento y mejora del nivel de salud de la población, mediante el desarrollo de las funciones que le son encomendadas.

Está configurado por todos los recursos sanitarios públicos y de cobertura pública de Cataluña, en los términos que prevé el artículo 5.º

Artículo 4. *Naturaleza.*

1. El Servicio Catalán de la Salud es un ente público de naturaleza institucional, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus finalidades, que queda adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social y se rige por los preceptos de la presente Ley y sus disposiciones complementarias de desarrollo. En lo que se refiere a las relaciones jurídicas externas, se sujeta, en términos generales, al Derecho privado.

2. No obstante lo dispuesto por el apartado 1, el Servicio Catalán de la Salud se somete al Derecho público en las siguientes materias:

a) Las relaciones del Servicio Catalán de la Salud con el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y con el resto de Administraciones Públicas.

b) El régimen patrimonial del Servicio, que se ajusta a las previsiones del artículo 51 de la presente Ley.

c) El régimen financiero, presupuestario y contable del Servicio Catalán de la Salud, que se rige por lo que establece el capítulo VII del título IV de la presente Ley. Son aplicables, en particular, a la intervención del Servicio las disposiciones de los artículos 63 al 71 del texto refundido de la Ley de Finanzas Públicas de Cataluña, aprobado por el Decreto Legislativo 9/1994, de 13 de julio, y las correlativas de la Ley 16/1984, de 20 de marzo, del Estatuto de la Función Interventora. Todo ello sin perjuicio de las especialidades que se establezcan por Reglamento.

d) El régimen de impugnación de los actos y de responsabilidad del Servicio, que se rige por los artículos 59 y 60 de la presente Ley.

e) Las relaciones de las personas que gozan del derecho a la asistencia sanitaria pública con el Servicio Catalán de la Salud.

3. La contratación del Servicio Catalán de la Salud debe ajustarse a las previsiones de la legislación sobre contratos de las Administraciones Públicas. Sin embargo, los contratos de gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios en régimen de concierto se rigen por sus normas específicas.

4. El régimen de personal del Servicio Catalán de la Salud se sujeta a las disposiciones contenidas en la presente Ley y restantes normas de aplicación específica.

5. En el ejercicio de sus funciones, el Servicio Catalán de la Salud y la totalidad de los organismos dotados de personalidad que dependen del mismo, en su caso, gozan de la reserva de nombres y de los beneficios, exenciones y franquicias de cualquier naturaleza que la legislación atribuye a la Administración de la Generalidad y a las entidades públicas encargadas de la gestión de la Seguridad Social.

Artículo 5. *Recursos.*

Configuran el Servicio Catalán de la Salud:

a) Los centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria de la Generalidad, incluidos los transferidos de la Seguridad Social y de la Administración institucional de la sanidad nacional, que se integran en él a todos los efectos.

b) Los centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria de las Diputaciones catalanas, los Ayuntamientos y las demás Entidades locales de Cataluña que se integran o adscriben a él funcionalmente, en los términos que prevean las normas de transferencia o los respectivos convenios suscritos a dichos efectos, según corresponda.

c) Los centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria de las fundaciones benéfico-asistenciales vinculadas a las Administraciones Públicas, y aquellos no incluidos en los epígrafes anteriores, con preferencia sin ánimo de lucro, mediante los cuales sea imprescindible satisfacer necesidades del sistema sanitario público al amparo de los pertinentes convenios, que se adscriben a él funcionalmente.

Artículo 6. *Finalidades.*

1. Son finalidades del Servicio Catalán de la Salud:

a) La adecuada distribución de los recursos sanitarios en todo el territorio, teniendo en cuenta las características socioeconómicas, sanitarias y poblaciones de Cataluña.

b) La óptima distribución de los medios económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público y de cobertura pública.

c) La coordinación de todo el dispositivo sanitario público y de cobertura pública y la mejor utilización de los recursos disponibles.

d) La integración de las actuaciones existentes relativas a la protección y mejora de la salud de la población.

e) La prestación de los servicios de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación, de carácter individual o colectivo, y su extensión progresiva a todos los ciudadanos.

f) La humanización de los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual.

g) La mejora y el cambio progresivo hacia la calidad y modernización de los servicios.

h) El estímulo y sostenimiento de la investigación científica en el ámbito de la salud.

i) La actualización armónica, eficiente y coordinada del sistema sanitario público de Cataluña, tanto de los equipamientos como de los medios técnicos y personales.

2. El Servicio Catalán de la Salud contará con una organización adecuada que permita:

a) Una atención integral de la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como de las acciones curativas y rehabilitadoras necesarias, que colabore en la reinserción social.

b) Garantizar la salud como derecho inalienable de la población catalana y el acceso a curarse, a través de la estructura del Servicio Catalán de la Salud, que tiene que ofrecerlo en condiciones de un escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario del Servicio Catalán de la Salud, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se presten y sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, religión, opinión, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

c) Que todas las Regiones Sanitarias, los Sectores Sanitarios, las Áreas Básicas de Salud y todos los establecimientos sanitarios en que se estructura el Servicio Catalán de la Salud dispongan de la información pertinente sobre los derechos y deberes que asisten a sus usuarios como tales y la hagan llegar a los mismos, reconociendo la libre elección del médico, dentro de las posibilidades que ofrece el sistema sanitario de utilización pública.

d) Que cuando cualquier usuario del Servicio Catalán de la Salud crea objetivamente que sus derechos han sido vulnerados o agredidos en la asistencia que ha recibido, o querría recibir en el Servicio Catalán de la Salud, pueda hacer la oportuna denuncia a la Unidad de Admisiones y Atención al Usuario de que cada Región Sanitaria dispondrá a tal efecto.

e) Una actuación con criterios de planificación y evaluación continuada en base a sistemas de información actualizada, objetiva y programada.

f) La inmediatez en la prestación sanitaria urgente.

g) Una descentralización y desconcentración de funciones, con el objetivo de la gestión territorial de los recursos sanitarios.

h) La participación comunitaria a través de las distintas entidades representativas: Territoriales, sociales y profesionales.

Artículo 7. *Funciones.*

1. Para la consecución de sus finalidades, el Servicio Catalán de la Salud, en el marco de las directrices y prioridades de la política de protección de la salud y de asistencia sanitaria y sociosanitaria y los criterios generales de la planificación sanitaria, desarrollará las funciones siguientes:

a) La ordenación, planificación, programación, evaluación e inspección sanitarias sociosanitarias y de salud pública.

b) La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público y de cobertura pública.

c) La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria integrados en el Servicio Catalán de la Salud, y de los servicios administrativos que conforman su estructura, potenciando la autonomía de gestión de los centros sanitarios.

d) La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación.

e) La gestión de los servicios y prestaciones del sistema sanitario público de Cataluña.

f) El establecimiento de directrices generales y criterios de actuación vinculantes en cuanto a los centros, servicios y establecimientos adscritos funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud, en lo referente a su coordinación con el dispositivo sanitario público.

g) El establecimiento, gestión y actualización de acuerdos, convenios y conciertos con entidades no administradas por la Generalidad de Cataluña.

g) bis. La gestión, el mantenimiento y la determinación de las medidas de seguridad de los elementos comunes o unificados del sistema de información del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (Siscat).

h) Cualquier otra función pública sanitaria no prevista en las letras anteriores.

2. Para el ejercicio de las funciones a que se refieren los epígrafes c), d) y e) del apartado anterior, el Servicio Catalán de la Salud podrá:

Primero. Desarrollar las referidas funciones directamente, mediante los órganos u organismos que sean competentes o puedan crearse a dicho efecto, si procede.

Segundo. Establecer acuerdos, convenios, conciertos o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas.

Tercero. Formar consorcios de naturaleza pública con entidades públicas o privadas sin afán de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales, si procede.

Cuarto. Crear o participar en cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión y ejecución de los servicios o actuaciones.

3. El Consejo Ejecutivo puede acordar la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación o participación del Servicio Catalán de la Salud en cualquier otra entidad admitida en Derecho, a efectos de lo que establece el apartado 2 del presente artículo. En particular, puede crear cualesquiera empresas públicas de las previstas en la Ley 4/1985, de 29 de marzo, del Estatuto de la Empresa Pública Catalana.

Artículo 8. *Actividades.*

En el desarrollo de las funciones que le son encomendadas, el Servicio Catalán de la Salud, directamente o, si procede, por medio de cualquiera de las fórmulas previstas en el artículo 7.º, apartado 2, llevará a cabo las siguientes actividades:

a) Educación sanitaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

b) Atención primaria integral de la salud.

c) Atención especializada, ambulatoria, domiciliaria y hospitalaria.

d) Atención sociosanitaria.

e) Atención de rehabilitación.

f) Desarrollo de los programas de atención a los grupos de población de mayor riesgo y de los programas específicos de protección ante factores de riesgo, asi como de los dirigidos a la prevención de deficiencias congénitas o adquiridas.

g) Atención psiquiátrica y promoción, protección y mejora de la salud mental.

h) Orientación y planificación familiar.

i) Promoción, protección y mejora de la salud bucodental, haciendo especial énfasis en los aspectos preventivos incorporando progresivamente las prestaciones asistenciales fundamentales.

j) Promoción, protección y mejora de la salud laboral.

k) Prestación de productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares.

l) Control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de la contaminación del medio ambiente: Aire, agua y suelo.

m) Control sanitario de los establecimientos públicos y lugares de vivienda y convivencia humana.

n) Policía sanitaria mortuoria.

o) Control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimenticios.

p) Promoción y mejora de las actividades de veterinaria de salud pública, en lo referente en especial a la higiene de los alimentos.

q) Control sanitario y prevención de riesgos para la salud derivados de las sustancias susceptibles de generar dependencia.
r) Recogida, difusión y control de la información epidemiológica.
s) Promoción de la salud en la actividad física deportiva no profesional.
t) Evaluación, control y mejora de la calidad de los servicios sanitarios.
u) Cualquier otra actividad relacionada con el mantenimiento y mejora de la salud.

El ejercicio de las competencias l), m), i n) se llevará a cabo sin perjuicio de lo previsto en el artículo 65 de la presente ley.

TÍTULO III

Competencias de la Administración de la Generalidad

Artículo 9. *Consejo Ejecutivo.*

Corresponderán al Consejo Ejecutivo de la Generalidad, en los términos establecidos en el artículo 1.º de la presente Ley, las siguientes competencias:

a) La aprobación del Plan de Salud de Cataluña.
b) **(Derogada).**
c) La aprobación del proyecto de presupuesto del Servicio Catalán de la Salud.
d) El acuerdo de nombramiento y de cese del Director del Servicio Catalán de la Salud.
e) El acuerdo de constitución de Organismos dependientes del Servicio Catalán de la Salud.
f) La autorización de la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas.
g) La creación de los Organismos de investigación que considere oportunos para programar, estimular, desarrollar, coordinar, gestionar, financiar y evaluar la investigación en ciencias de la salud.
h) Dictar la normativa del régimen estatutario del personal de las distintas Administraciones públicas de Cataluña con competencias sanitarias, de acuerdo con lo previsto por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
i) Todas las demás que le atribuya el ordenamiento vigente.

Artículo 10. *Departamento de Sanidad y Seguridad Social.*

Corresponderán al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, en relación a la ordenación sanitaria establecida en la presente Ley, las siguientes competencias:

a) La determinación de los criterios, directrices y prioridades de la política de protección de la salud y de asistencia sanitaria y sociosanitana.
b) La determinación de los criterios generales de la planificación sanitaria y la ordenación territorial de los recursos humanos.
c) La dirección, vigilancia y tutela del Servicio Catalán de la Salud.
d) El control, inspección y evaluación de las actividades del Servicio Catalán de la Salud.
e) La elevación al Consejo Ejecutivo de la propuesta del Plan de Salud de Cataluña.
f) Coordinar los programas de investigación y recursos públicos de cualquier procedencia, a los efectos de conseguir la máxima productividad de las inversiones.
g) **(Derogada).**
h) La elevación al Consejo Ejecutivo de la propuesta de constitución de Organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas.
i) La formación del anteproyecto de presupuesto del Servicio Catalán de la Salud, basado en la propuesta acordada por su Consejo de Dirección.
j) La aprobación de los precios y tarifas por la prestación y concertación de servicios, así como su modificación y revisión, sin perjuicio de la autonomía de gestión de los centros sanitarios.

k) La autorización de la creación, modificación, traslado y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, si procede, y el cuidado de su registro, catalogación y acreditación, en su caso.

k) bis. El establecimiento y la gestión de un sistema de información integrado sobre los profesionales que desarrollan su actividad en Cataluña, por cuenta propia o ajena, en centros públicos y privados, que responda a las necesidades de la Administración sanitaria para el ejercicio de sus competencias, especialmente en materia de planificación y organización de recursos sanitarios y de desarrollo profesional, y a partir del cual se comuniquen al Registro estatal de profesionales sanitarios los datos necesarios para el mantenimiento y desarrollo del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud, en los términos del artículo 53 de la Ley del Estado 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, a la unidad directiva competente en materia de profesionales de la salud del departamento competente en materia de salud. Con estos fines, el departamento, a través de la unidad orgánica que tiene atribuida esta función por reglamento, puede acceder a los datos personales necesarios que consten en los registros de recursos humanos de las administraciones públicas y las entidades vinculadas a las mismas, las corporaciones profesionales, los centros, servicios y establecimientos sanitarios y las entidades de seguros que actúan en el ramo de la enfermedad. Las comunicaciones de estos datos deben estar sujetas a la legislación en materia de protección de datos.

k) ter La función de diseño, aprobación, puesta en práctica y supervisión de las acciones relativas a la seguridad de la información del departamento competente en materia de salud y de las entidades y organismos adscritos, a través de la unidad competente de la Secretaría General del departamento mencionado que tenga atribuida dicha función por reglamento.

l) Los registros y autorizaciones sanitarias obligatorias de cualquier tipo de instalaciones, establecimientos, actividades, servicios o artículos directa o indirectamente relacionados con el uso o el consumo humano.

m) El acuerdo de nombramiento y de cese de los vocales del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, en los casos y en la forma establecidos por la presente ley.

n) **(Derogada).**

o) El acuerdo de nombramiento y de cese de los miembros de los Consejos de Dirección de las regiones sanitarias, así como de sus respectivos Presidentes y Vicepresidentes.

p) El acuerdo de nombramiento y de cese de los Gerentes de las regiones sanitarias.

q) **(Derogada).**

r) **(Derogada).**

s) Todas las demás que le atribuya el ordenamiento vigente.

Artículo 10 bis. *El Consejo de Salud de Cataluña y los consejos de participación territorial de salud.*

1. La participación de la sociedad civil en el sistema sanitario público de Cataluña se articula mediante el Consejo de Salud de Cataluña y los consejos de participación territorial de salud, que se crean como órganos colegiados de participación adscritos al Departamento de Salud.

2. Corresponden al Consejo de Salud de Cataluña las siguientes funciones:

a) Asesorar al Departamento de Salud y a los entes que dependen del mismo en todos los asuntos relacionados con la atención sanitaria, la atención sociosanitaria y la protección de la salud, y formularles propuestas relativas a dichos ámbitos.

b) Velar para que las actuaciones de todos los servicios, centros y establecimientos sanitarios que satisfagan necesidades del sistema sanitario público catalán se adecuen a la correspondiente normativa sanitaria y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y con las posibilidades económicas del sector público.

c) Informar sobre el anteproyecto del Plan de salud de Cataluña, antes de su aprobación.

d) Conocer anualmente el escenario presupuestario del Departamento de Salud, previamente a la aprobación del anteproyecto de presupuesto.

e) Conocer la memoria anual del Servicio Catalán de la Salud e informar sobre la misma, antes de su aprobación.

f) Conocer y orientar la actuación de los consejos de participación territorial de salud y, si procede, de otras fórmulas de participación de la sociedad civil en el sistema sanitario público.

g) Realizar cualesquiera otras tareas que le sean atribuidas por ley o por reglamento.

3. El Consejo de Salud de Cataluña y los consejos de participación territorial de salud pueden crear las comisiones específicas y los grupos de trabajo que consideren necesarios, de carácter temporal o permanente, para el desarrollo adecuado de sus funciones.

4. Los consejos de participación territorial de salud, con carácter general, deben coincidir con el ámbito territorial de las regiones sanitarias. Sin embargo, y siempre de forma motivada, pueden tener un ámbito territorial inferior, que debe coincidir con los sectores sanitarios u otras demarcaciones funcionales en el ámbito de las regiones sanitarias.

5. Corresponden a los consejos de participación territorial de salud que tengan como ámbito una región sanitaria, las siguientes funciones, dentro de su ámbito territorial:

a) Asesorar y formular propuestas relativas a los asuntos relacionados con la protección de la salud y la atención sanitaria a los órganos territoriales del Departamento de Salud y de los entes que dependen del mismo.

b) Verificar que las actuaciones de los órganos territoriales del Departamento de Salud y de los entes que dependen del mismo se adecuan a la normativa sanitaria y se desarrollan de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público.

c) Promover la participación de la comunidad en los centros y los establecimientos sanitarios.

d) Conocer el anteproyecto del plan de salud de la región e informar sobre el anteproyecto, antes de que se apruebe.

e) Conocer la memoria de la región sanitaria e informar sobre esta memoria, antes de que se apruebe.

f) Conocer el escenario presupuestario anual correspondiente a la región sanitaria.

5 bis. Las funciones de los consejos de participación territorial de salud que tengan un ámbito territorial inferior a la región sanitaria deben establecerse por reglamento, en función de la demarcación con que se creen de acuerdo con el apartado 4. En caso de que sustituyan, como estructura de participación, a los consejos de participación territorial de salud de las regiones sanitarias, les corresponden, como mínimo, las funciones establecidas por el apartado 5.

6. Debe regularse por reglamento el régimen de funcionamiento y la composición del Consejo de Salud de Cataluña y de los consejos de participación territorial de salud.

La regulación de la composición del Consejo de Salud de Cataluña y de los consejos de participación territorial de salud debe garantizar que tengan representación de las entidades locales, de los usuarios de los servicios sanitarios, de los proveedores de servicios sanitarios, de los sindicatos, de las organizaciones empresariales, de las corporaciones profesionales, de las entidades vecinales, así como de las asociaciones de pacientes y familiares relevantes en el territorio y otras entidades vinculadas a aspectos de salud en el territorio.

Debido a la singularidad organizativa de la Administración sanitaria en la ciudad de Barcelona, mediante el Consorcio Sanitario de Barcelona, y debido al régimen jurídico especial del Ayuntamiento de Barcelona, que emana de la Ley 22/1998, de 30 de diciembre, de la Carta Municipal de Barcelona, el Gobierno puede establecer, por reglamento, un régimen especial en el régimen de funcionamiento y la composición de los consejos de participación territorial de salud correspondientes a los sectores sanitarios u otras demarcaciones funcionales en el ámbito territorial de la ciudad de Barcelona.

Artículo 11. *Departamento de Economía y Finanzas.*

Corresponderán al Departamento de Economía y Finanzas, en relación al Servicio Catalán de la Salud, las siguientes competencias:

a) Proponer al Consejo Ejecutivo el anteproyecto de presupuesto del Servicio Catalán de la Salud, que le deberá ser presentado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, a los efectos de su aprobación e inclusión en el proyecto de presupuesto de la Generalidad.

b) Conocer aquellos actos de control, inspección y evaluación de la gestión del Servicio Catalán de la Salud que tengan contenido económico.
c) Informar, con carácter previo, sobre las actuaciones que impliquen compromisos de gastos con cargo a los presupuestos de ejercicios futuros.

TÍTULO IV

Estructura y ordenación del Servicio Catalán de la Salud

CAPÍTULO I

Estructura y organización centrales

Artículo 12. *Órganos de dirección y de gestión.*

El Servicio Catalán de la Salud se estructura en los siguientes órganos centrales de dirección y de gestión:

a) El Consejo de Dirección.
b) El Director.
c) Las unidades que se establezcan por acuerdo del Consejo de Dirección.

Sección 1.ª El Consejo de Dirección

Artículo 13. *Composición.*

1. El Consejo de Dirección, órgano superior de gobierno y dirección del Servicio Catalán de la Salud, está formado por:

a) El consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, que es el presidente o presidenta y, como tal, ostenta la representación institucional.
b) El secretario o secretaria general del departamento competente en materia de salud, que es el vicepresidente primero o vicepresidenta primera.
c) El director o directora del Servicio Catalán de la Salud, que es el vicepresidente segundo o vicepresidenta segunda.
d) Veintinueve vocales, con la siguiente distribución:

1.º Un vocal o una vocal en representación del departamento competente en materia de economía.
2.º Seis vocales en representación del departamento competente en materia de salud.
3.º Los presidentes de los consejos de dirección de las regiones sanitarias.
4.º El consejero o consejera competente en materia de salud del Consejo General de Arán.
5.º Dos vocales en representación de los consejos comarcales.
6.º Dos vocales en representación de los ayuntamientos.
7.º Tres vocales en representación de las organizaciones sindicales más representativas de Cataluña.
8.º Tres vocales en representación de las organizaciones empresariales más representativas del sector sanitario de cobertura pública en Cataluña.
9.º Dos vocales en representación de las corporaciones profesionales sanitarias de Cataluña.
10.º Dos vocales en representación de las asociaciones de consumidores, usuarios y enfermos.

Los vocales del Consejo de Dirección son nombrados y separados del cargo por el consejero o consejera competente en materia de salud, a propuesta de cada una de las representaciones que lo componen. Los vocales que representan a los consejos comarcales y los ayuntamientos deben ser designados, a partes iguales, por las entidades asociativas de entes locales de Cataluña.

El nombramiento de los vocales del Consejo de Dirección se hace por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los vocales puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre y cuando gocen de la representación requerida.

2. Las vacantes que se produzcan deberán cubrirse en la forma y proporción previstas en el apartado anterior.

3. La condición de miembros del Consejo de Dirección será incompatible con cualquier vinculación con empresas o entidades relacionadas con el suministro o la dotación de material sanitario, productos farmacéuticos y demás relacionados con la sanidad, así como todo tipo de prestación de servicios o de relación laboral en activo en centros, establecimientos o empresas que presten servicios en régimen de concierto o convenio con el Servicio Catalán de la Salud, o mediante cualquier otra fórmula de gestión indirecta de las prevista en el artículo 7.º, apartado 2.

Artículo 14. *Funciones.*

1. Corresponderán al Consejo de Dirección las siguientes funciones:

a) Fijar los criterios de actuación del Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con las directrices del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Consejo Ejecutivo, en el marco de la política sanitaria de la Generalidad, y establecer los criterios generales de coordinación de todo el dispositivo sanitario público y de cobertura pública, especialmente con respecto a las actividades que lleven a cabo las regiones sanitarias.

b) Elaborar el anteproyecto del Plan de Salud de Cataluña.

c) Aprobar las propuestas generales en materia de ordenación y planificación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública, de acuerdo con las previsiones del Plan de Salud de Cataluña.

d) Aprobar las propuestas de programas de actuación y de inversiones generales del Servicio Catalán de la Salud.

e) Aprobar la propuesta de anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos anuales del Servicio Catalán de la Salud y elevarla al Departamento de Sanidad y Seguridad Social para que la incorpore al anteproyecto general del mismo y le dé el trámite establecido en la Ley de Finanzas Públicas de Cataluña.

f) Aprobar el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable del Servicio Catalán de la Salud y elevarlos al Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

g) Fijar los criterios generales y establecer y actualizar los acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios, teniendo en cuenta, con carácter previo, la óptima utilización de los recursos sanitarios públicos.

h) Aprobar los planes de salud de las distintas regiones y sectores sanitarios de acuerdo con las normas, directrices y programas del Consejo Ejecutivo y del Plan de Salud de Cataluña.

i) Acordar el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas.

j) Establecer las directrices generales y los criterios de actuación a que se refiere el artículo 7.º, apartado 1, epígrafe f), y planificar con criterios de racionalización los recursos sanitarios en Cataluña de acuerdo con las directrices del Consejo Ejecutivo, así como las medidas necesarias para la mejor prestación de los servicios que gestione.

k) Proponer al Departamento de Sanidad y Seguridad Social los precios y tarifas por la prestación y concertación de servicios, así como su modificación y revisión.

l) Proponer al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, a los efectos de su elevación al Consejo Ejecutivo de la Generalidad, la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en la mismas.

m) Aprobar las propuestas de normativa en las materias sometidas al ámbito de competencia del Servicio Catalán de la Salud, y elevarlas al Departamento de Sanidad y Seguridad Social al objeto de su tramitación.

m bis) Aprobar la estructura en unidades del Servicio Catalán de la Salud.

n) Aprobar la relación de puestos de trabajo del Servicio Catalán de la Salud.

o) **(Derogado).**
p) Aprobar, si procede, la Memoria anual del Servicio Catalán de la Salud.
q) Acordar la delegación de funciones a que se refiere el artículo 22, apartado 3.
r) Autorizar la delegación de funciones prevista en el artículo 17.
s) Aprobar el reglamento-marco de funcionamiento interno de los Consejos de Dirección de las regiones sanitarias.
t) Cualesquiera otras no asignadas a los restantes órganos del Servicio Catalán de la Salud que le puedan corresponder legal o reglamentariamente.

2. Los acuerdos deberán adoptarse por mayoría simple, excepto aquellos a que se refieren los epígrafes a) y e) del apartado anterior, que deberán tomarse por mayoría de dos tercios de los miembros del Consejo de Dirección. A pesar de ello, con respecto al apartado a), será suficiente la mayoría absoluta si, transcurrido un mes no se alcanza el acuerdo por mayoría calificada de dos tercios. Con respecto al apartado e), en el caso de que no se consiga acuerdo por la mayoría de dos tercios, la propuesta del anteproyecto de presupuesto será remitida igualmente al Departamento de Sanidad y Seguridad Social para que, dentro del plazo legal, pueda seguir el curso que corresponda, haciendo constar como anexo el sentido del voto de cada uno de los miembros del Consejo de Dirección.

Artículo 15. *Régimen de funcionamiento.*

1. El Consejo de Dirección deberá reunirse en sesión ordinaria, al menos, una vez cada dos meses, y, también, en caso de urgencia a criterio del Presidente o cuando lo soliciten un mínimo de cinco miembros, para decidir sobre las cuestiones que estos soliciten. Desde la solicitud hasta la reunión no podrá transcurrir un plazo superior a quince días.
2. La convocatoria, que corresponderá al Presidente, deberá realizarse por escrito, con antelación suficiente o dentro del plazo establecido en el apartado anterior, y de acuerdo con un orden del día que recoja los puntos a tratar en cada sesión, que será elaborado por el Secretario, con el visto bueno del Presidente. Para la inclusión de un nuevo punto en el orden del día será necesario que el Consejo acepte tratarlo por mayoría absoluta.
3. El Consejo de Dirección deberá aprobar su reglamento de funcionamiento interno, que tendrá que ajustarse a lo previsto en la presente Ley y a las normas que la desarrollen.

Sección 2.ª El Director

Artículo 16. *Naturaleza.*

1. El Director asumirá la dirección y gestión del Servicio Catalán de la Salud, así como la representación plena del Consejo de Dirección del ente en relación a la ejecución de los acuerdos adoptados por el mismo, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 28. Su nombramiento y cese deberán acordarse por parte del Consejo Ejecutivo de la Generalidad, a propuesta del Consejo de Sanidad y Seguridad Social.
2. El cargo de Director se desarrollará en régimen de dedicación exclusiva y, a su titular, le serán aplicables las mismas causas específicas de incompatibilidad previstas en el artículo 13, apartado 3.

Artículo 17. *Funciones.*

1. Corresponderán al Director las siguientes funciones:

a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones que regulan la actuación del Servicio Catalán de la Salud y los acuerdos adoptados por el Consejo de Dirección en las materias que son de su competencia.
b) Someter a la aprobación del Consejo de Dirección las propuestas generales de ordenación y planificación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública; los proyectos relativos a programas de actuación y de inversiones generales; la propuesta del anteproyecto de presupuesto, el estado de cuentas y los criterios generales y el establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios; el establecimiento de fórmulas de gestión integrada sin afán de lucro; las directrices generales y los criterios de actuación vinculantes en cuanto a los centros,

servicios y establecimientos adscritos funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud, en lo relativo a su coordinación con el dispositivo sanitario público, y la Memoria anual del Servicio.

c) Elevar al Consejo de Dirección propuestas relativas a la fijación de los precios y tarifas por la prestación y concertación de servicios, la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas, y la normativa en las materias sometidas al ámbito de competencia de este ente, a los efectos de su ulterior tramitación, si procede.

d) Impulsar, coordinar, inspeccionar y evaluar los órganos del Servicio Catalán de la Salud, sin perjuicio de las facultades del Departamento de Sanidad y Seguridad Social en estas materias.

e) Dictar las instrucciones y circulares relativas al funcionamiento y organización internos del Servicio Catalán de la Salud, sin perjuicio de las facultades del Consejo de Dirección.

f) Actuar como órgano de contratación del Servicio Catalán de la Salud.

g) Autorizar los gastos y proponer los pagos del Servicio Catalán de la Salud.

h) Asumir la dirección del personal del Servicio Catalán de la Salud.

i) Elevar al Consejo de Dirección las propuestas relativas a la relación de puestos de trabajo del Servicio Catalán de la Salud.

j) Tener la representación legal del Servicio Catalán de la Salud en todo tipo de actuaciones, salvo lo dispuesto en el artículo 61.

2. El Director podrá delegar en los Gerentes de las Regiones Sanitarias funciones específicas en lo relativo a su respectivo ámbito de actuación, con la autorización previa del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

Sección 3.ª El Consejo Catalán de la Salud

Artículos 18 a 20.

(Derogados).

CAPÍTULO II

De la Región Sanitaria

Artículo 21. *Naturaleza.*

1. El Servicio Catalán de la Salud se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Regiones Sanitarias, que equivalen a las Áreas de Salud previstas en la Ley General de Sanidad, las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climáticos, de vías y medios de comunicación homogéneos, así como de instalaciones sanitarias existentes, teniendo en cuenta la ordenación territorial de Cataluña. Las Regiones Sanitarias deberán contar con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria integral de la salud y de atención especializada y hospitalaria suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio, sin perjuicio de la existencia de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o de cobertura pública que, debido a su alto nivel de especialización, tengan asignado un ámbito de influencia suprarregional.

2. Las Regiones Sanitarias constituirán órganos desconcentrados de gestión del sistema sanitario público de Cataluña y les corresponderá el desarrollo de las funciones atribuidas como propias o las que les sean delegadas por los órganos centrales del Servicio Catalán de la Salud.

Artículo 22. *Funciones.*

1. De acuerdo con los criterios generales establecidos por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, las Regiones Sanitarias deberán desarrollar, dentro de su específico ámbito territorial de actuación, las siguientes funciones propias:

a) La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público y de cobertura pública.

b) La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios integrados en el Servicio Catalán de la Salud, y de los servicios administrativos que conforman su estructura.

c) La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y sociosanitaria, y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Salud de la Región.

d) La gestión de los servicios y prestaciones del sistema sanitario público de Cataluña.

e) La gestión de los acuerdos, convenios y conciertos suscritos para la prestación de los servicios.

f) El control de la aplicación de las directrices generales y los criterios de actuación a que se refiere el artículo 7.º, apartado 1, epígrafe f).

2. Para el ejercicio de las funciones a que se refieren los epígrafes b), c) y d) del apartado anterior, se podrá utilizar cualquiera de las fórmulas previstas en el artículo 7.º, apartado 2, de la presente Ley.

3. Además de las funciones propias que se les encomiendan, las Regiones Sanitarias deberán desarrollar las funciones en materia de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública, y de establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios que, en relación a su respectivo ámbito territorial, les sean delegadas específicamente por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

4. Las actividades que lleven a cabo las Regiones Sanitarias al amparo de lo previsto en los apartados anteriores deberán ser debidamente coordinadas por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, que tendrá que adoptar en cada momento las medidas que considere más oportunas a dicho efecto, en el ámbito de sus propias competencias.

Artículo 23. *Objetivos.*

En el marco de las finalidades atribuidas al Servicio Catalán de la Salud, las Regiones Sanitarias deberán tener especial cuidado en alcanzar:

a) Una organización sanitaria eficiente y próxima al usuario.

b) La efectiva participación de la comunidad en las actuaciones y programas sanitarios.

c) Una organización integrada de los servicios de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y atención primaria en el ámbito comunitario.

d) La potenciación del trabajo en equipo en el marco de la atención primaria de salud.

e) La adecuada continuidad entre la atención primaria y la atención especializada y hospitalaria.

f) La adecuada correlación entre los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales.

g) La óptima coordinación de las actuaciones de la Región Sanitaria con las funciones de control sanitario propias de los Ayuntamientos.

h) El acercamiento y la accesibilidad de los servicios a toda la población.

Artículo 24. *Estructura.*

La Región Sanitaria se estructurará en los siguientes órganos:

1.1 De dirección y gestión:

a) El Consejo de Dirección.

b) El Gerente.

c) Los órganos u organismos y los servicios y las unidades que se aprueben por acuerdo del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

Sección 1.ª El Consejo de Dirección de la Región Sanitaria

Artículo 25. *Composición.*

1. El Consejo de Dirección, órgano superior de gobierno de la Región Sanitaria, estará formado por:

a) Seis representantes del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
b) Dos representantes de los Consejos Comarcales del territorio de la Región correspondiente.
c) Dos representantes de los Ayuntamientos del territorio de la Región correspondiente.

2. Los miembros del Consejo de Dirección de la Región Sanitaria son nombrados y separados del cargo por el consejero o consejera de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta de cada una de las representaciones que lo componen. En el caso de los representantes de los consejos comarcales y ayuntamientos, la propuesta será efectuada por las entidades asociativas de entes locales de Cataluña. El nombramiento se realiza por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que disfruten de la requerida representación.
3. **(Suprimido)**
4. El Presidente del Consejo, que tendrá la representación institucional del Servicio Catalán de la Salud en el ámbito territorial de la Región Sanitaria, será nombrado por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social de entre los representantes del Departamento que formen parte de la misma.
5. El Vicepresidente será nombrado por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta y de entre los representantes de las Corporaciones Locales.
6. En lo referente a los miembros del Consejo de Dirección de la Región Sanitaria, regirán las mismas causas de incompatibilidad previstas en el artículo 13, apartado 3.
7. A las sesiones del Consejo de Dirección asistirán, con voz pero sin voto, el Gerente de la Región Sanitaria y, así mismo, un técnico superior de la Región elegido por el Presidente, que actuará como Secretario.

Artículo 26. *Funciones.*

1. Corresponderá al Consejo de Dirección de la Región Sanitaria el desarrollo de las siguientes funciones:

a) Formular programas de actuación de la Región Sanitaria, de acuerdo con las directrices establecidas por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.
b) Formular el anteproyecto del Plan de Salud de la Región Sanitaria.
c) Formular el proyecto del Plan de Inversiones de la Región Sanitaria.
d) Aprobar la propuesta del anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos anuales de la Región Sanitaria y elevarla al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, por medio del Director, a los efectos de su tramitación.
e) Aprobar y elevar al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, por medio del Director, el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable de la Región Sanitaria.
f) Proponer al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, por medio de su Director, el establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de servicios, sin perjuicio de lo previsto en el epígrafe k), y el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas y privadas.
g) Elevar propuestas al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, a través de su Director, en cuanto a la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas de acuerdo con lo previsto en el artículo 7.º, apartado 2.
h) Elevar al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, por medio del Director, propuestas relativas a la relación de puestos de trabajo de la Región Sanitaria, a los efectos de su ulterior tramitación.
i) Aprobar, si procede, la Memoria anual de la Región Sanitaria.

j) **(Derogada).**

k) Aquellas funciones que en materia de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública, y de establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios les sean delegadas específicamente por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 22, apartado 3, y cualesquiera otras no atribuidas de manera expresa a los restantes órganos de la Región Sanitaria que le puedan corresponder legal o reglamentariamente.

2. Los acuerdos deberán adoptarse por mayoría absoluta, excepto aquellos a los que se refiere el epígrafe b) del apartado anterior, que deberán tomarse por mayoría de dos tercios de los miembros del Consejo de Dirección. A pesar de ello, será suficiente la mayoría absoluta si, transcurrido un mes desde la sesión en que no se alcanzó la mayoría de dos tercios, no se llegara a un acuerdo por mayoría calificada.

Artículo 27. *Régimen de funcionamiento.*

1. El Consejo de Dirección deberá reunirse, como mínimo, una vez cada dos meses y también, en caso de urgencia a juicio del Presidente o cuando lo soliciten el 40 por 100 de sus componentes.

2. Para la convocatoria y fijación del orden del día deberán seguirse las normas establecidas en el artículo 15, apartado 2.

3. El Consejo de Dirección de la Región Sanitaria deberá aprobar sus normas de régimen interior con sujeción al reglamento-marco que tendrá que establecer el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

Sección 2.ª El Gerente de la Región Sanitaria

Artículo 28. *Naturaleza.*

1. El Gerente asume la dirección y la gestión de la respectiva región sanitaria, así como la plena representación de su consejo de dirección en relación con la ejecución de los acuerdos que este adopte. Su nombramiento y cese corresponde al titular del departamento competente en materia de salud.

2. El cargo de Gerente se desarrollará en régimen de dedicación exclusiva y, a su titular, le serán aplicables las mismas causas específicas de incompatibilidad previstas en el artículo 13, apartado 3.

Artículo 29. *Funciones.*

1. Corresponderá al Gerente el ejercicio de las siguientes funciones:

a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones que regulen la actuación del Servicio Catalán de la Salud en el marco de la Región Sanitaria, y los acuerdos adoptados por el Consejo de Dirección de la Región en las materias que son de su competencia.

b) Gestionar los acuerdos, convenios y conciertos suscritos para la prestación de los servicios.

c) Controlar la aplicación de las directrices generales y criterios de actuación a que se refiere el artículo 7.º, apartado 1, epígrafe f), y dar cuenta de su incumplimiento al Director del Servicio Catalán de la Salud.

d) Someter a la aprobación del Consejo de Dirección de la Región Sanitaria los proyectos relativos a los programas de actuación de inversiones, la propuesta del anteproyecto de presupuesto, el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable, y la Memoria anual de la Región.

e) Asimismo, podrá elevar propuestas al Consejo de Dirección de la Región Sanitaria en relación al establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de servicios, el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas, la creación de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Catalán de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas.

f) Impulsar, coordinar, inspeccionar y evaluar los servicios y unidades de la Región Sanitaria, sin perjuicio de las facultades de los órganos centrales del Servicio Catalán de la Salud y del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

g) Dictar las instrucciones y circulares internas relativas al funcionamiento y organización de la Región Sanitaria, sin perjuicio de las facultades de los órganos centrales del Servicio Catalán de la Salud y del Consejo de Dirección de la Región.

h) Autorizar los gastos y proponer los pagos de la Región Sanitaria.

i) Gestionar el personal adscrito a la Región Sanitaria, elaborar las propuestas relativas a la relación de puestos de trabajo y elevarlas al Consejo de Dirección para su ulterior tramitación.

j) Aquellas funciones que le sean delegadas expresamente por el Director del Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17.2.

Sección 3.ª El Consejo de Salud

Artículos 30 a 32.

CAPÍTULO III

Ordenación sanitaria territorial

Sección 1.ª El Sector Sanitario

Artículo 33. *Naturaleza y funciones.*

1. La Región Sanitaria se ordenará en subunidades territoriales integradas que serán conformadas por un conjunto de Áreas Básicas de Salud, y que contarán con una estructura desconcentrada de dirección, gestión y participación comunitaria, denominadas Sectores Sanitarios.

2. En el ámbito del Sector Sanitario se desarrollarán y se coordinaran las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y salud pública, la asistencia sanitaria y sociosanitaria en su nivel de atención primaria, y las especialidades médicas de apoyo y referencia de esta. Asimismo, cada Sector tendrá asignado un hospital de referencia de entre los incluidos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública, a fin de garantizar la adecuada atención hospitalaria de la población comprendida en su territorio.

3. La Región Sanitaria, por medio de la estructura de dirección y gestión del Sector Sanitario, gestionará directamente los Equipos de Atención Primaria de las Áreas Básicas de Salud correspondientes, y los servicios jerarquizados de especialidades médicas de apoyo y referencia de aquellos, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 7.º, apartado 2, y coordina las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y salud pública, así como los recursos sanitarios, hospitalarios y extrahospitalarios y sociosanitarios públicos y de cobertura pública situados en el ámbito territorial específico del Sector.

Artículo 34. *El Consejo de Dirección.*

1. El consejo de dirección, órgano de gobierno del sector sanitario, está formado por el número de representantes del departamento competente en materia de salud y el número de representantes de los ayuntamientos y de los consejos comarcales del territorio del correspondiente sector que determine en cada caso, mediante una orden, el consejero o consejera de dicho departamento, previa consulta a los entes locales del sector sanitario, atendiendo a las características geográficas, socioeconómicas, demográficas, laborales, epidemiológicas, culturales, climáticas, de vías y medios de comunicación, y de dotación de recursos sanitarios del ámbito del sector correspondiente. La presidencia del consejo de dirección corresponde a quien designe el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud entre los representantes de este departamento en el consejo de dirección. La representación del departamento competente en materia de salud, incluida la presidencia, debe ser del 60%, y la representación de los ayuntamientos y de los consejos comarcales del territorio del sector correspondiente debe ser del 40%. Pueden

establecerse mecanismos de voto ponderado, que deben respetar los porcentajes señalados.

2. El director o directora del sector sanitario asiste al consejo de dirección con voz pero sin voto, si no es miembro. Si es miembro, asiste con voz y voto.

3. Los miembros del Consejo de Dirección del Sector Sanitario son nombrados y separados del cargo por el consejero o consejera de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta de cada una de las representaciones que lo componen. En el caso de los representantes de las corporaciones locales, la propuesta será efectuada por las entidades asociativas de entes locales de Cataluña. El nombramiento se realiza por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que disfruten de la requerida representación.

4. **(Suprimido)**

5. Con respecto a los miembros del Consejo de Dirección del Sector Sanitario, regirán las mismas causas de incompatibilidad que contempla el artículo 13, apartado 3.

Artículo 35. *Funciones.*

1. Corresponderá al Consejo de Dirección del Sector Sanitario el desarrollo de las funciones siguientes:

a) Elaborar el Plan de Salud en el ámbito territorial del sector.

b) Analizar los objetivos del sector y hacer su seguimiento, adaptando los programas de actuación sociosanitaria a los mencionados objetivos.

c) Conocer el escenario presupuestario correspondiente a la región sanitaria a la que pertenece.

d) Aprobar la Memoria anual del Sector.

e) Evaluar de forma continuada la calidad de la asistencia prestada por los centros, servicios y establecimientos adscritos al Sector y establecer las medidas oportunas para mejorar su funcionamiento.

f) Estudiar y establecer las medidas adecuadas para mejorar la organización y el funcionamiento interno de las diferentes unidades que conforman el Sector Sanitario.

g) Definir la política de personal del Sector, de acuerdo con las directrices establecidas por los órganos competentes del Servicio Catalán de la Salud.

2. Los acuerdos del Consejo de Dirección deberán adoptarse por mayoría absoluta de los miembros que lo componen.

Artículo 36. *Régimen de funcionamiento.*

1. El Consejo de Dirección deberá reunirse, como mínimo, una vez cada dos meses y, también, en caso de urgencia a juicio del Presidente o cuando lo soliciten dos de sus miembros.

2. Para la convocatoria y fljación del orden del día deberán seguirse las normas establecidas en el artículo 15, apartado 2.

3. El Consejo de Dirección del Sector Sanitario aprobará su reglamento de funcionamiento interno con sujeción al reglamento marco que establecerá el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

Artículo 37. *El Director del Sector.*

1. El Director del Sector será la máxima autoridad del Sector Sanitario y dependerá jerárquica y funcionalmente del Gerente de la Región Sanitaria.

2. Serán funciones del Director del Sector:

a) Asumir la representación del Sector Sanitario.

b) Promover la consecución de los objetivos asignados al Sector Sanitario, con plena responsabilidad sobre la programación, gestión, dirección y evaluación de las actividades del Sector.

c) Gestionar y coordinar los centros, servicios, establecimientos y recursos adscritos al Sector.

d) Elaborar periódicamente los informes oportunos sobre la actividad del Sector Sanitario.

e) Dar cuenta de su gestión a los órganos competentes del Servicio Catalán de la Salud, así como de todas aquellas cuestiones que, en relación con la misma, le sean solicitadas.

f) Presentar la memoria anual del Sector al Consejo de Dirección y el escenario presupuestario anual de la región sanitaria a la que pertenece.

3. Para el cumplimiento de sus funciones, el director o directora del sector sanitario dispone de las unidades funcionales que, mediante una orden, determine el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, que debe consultar previamente al consejo de dirección del sector sanitario.

4. Al frente de cada una de estas unidades habrá un Director, que será su responsable.

Artículo 38. *El consejo de salud del sector sanitario.*

(Derogado).

Artículo 39. *Composición.*

(Derogado).

Artículo 40. *Régimen de funcionamiento.*

(Derogado).

Sección 2.ª El Área Básica de Salud

Artículo 41. *Naturaleza y funciones.*

1. El Área Básica de Salud será la unidad territorial elemental donde se prestará la atención primaria de salud de acceso directo de la población, y que constituirá el eje vertebrador del sistema sanitario en el ámbito de la cual desarrollará sus actividades el Equipo de Atención Primaria.

2. El Equipo de Atención Primaria será el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, con actuación en el Área Básica de Salud, que desarrollará de manera integrada, mediante el trabajo en equipo, actuaciones relativas a la salud pública y la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población del Área Básica. Dichas actividades se realizarán principalmente en el marco de una estructura física y funcional denominada Centro de Atención Primaria. Integrarán el equipo de Atención Primaria:

a) Personal sanitario.

a.1) Personal médico:

Médicos generales de atención primaria.
Pediatras-puericultores de atención primaria.
Odontólogos-estomatólogos de atención primaria.

a.2) Personal auxiliar sanitario:

Ayudantes técnicos sanitarios/diplomados en enfermería de atención primaria.
Auxiliares de clínica de atención primaria.

a.3) Asistentes sociales de atención primaria.

a.4) Aquellos profesionales sanitarios o vinculados a la sanidad que se determinen en función de las necesidades asistenciales del área.

b) Personal no sanitario.

c) Los funcionarios sanitarios locales de los Cuerpos de Médicos y de Practicantes titulares, que deberán incorporarse al Equipo de Atención Primaria en los términos previstos en la normativa vigente.

3. Para desarrollar una mejor atención integral deberá promoverse que los Equipos de Atención Primaria se coordinen con los recursos sociales de las Administraciones locales existentes.

Artículo 42. *Delimitación y coordinación.*

1. Las Áreas Básicas de Salud se delimitarán atendiendo a factores geográficos, demográficos, sociales, epidemiológicos y de vías de comunicación homogéneos, y contarán, como mínimo, con un Centro de Atención Primaria.
2. En el ámbito de cada Área Básica de Salud deberán coordinarse todos los servicios sanitarios y sociosanitarios de atención primaria de titularidad pública o privada a fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos.
3. Las Áreas Básicas de Salud integradas en un mismo Sector Sanitario deberán coordinarse entre sí con la finalidad de conseguir los objetivos funcionales y asistenciales adecuados y, asimismo, con los servicios jerarquizados de especialidades del Sector y los hospitales que este tenga asignados.

CAPÍTULO IV

Ordenación funcional de los servicios sanitarios de cobertura pública: el Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña

Artículo 43. *Composición.*

1. Con el objetivo de alcanzar una ordenación óptima de los servicios sanitarios de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud que permita la homogeneización adecuada de las prestaciones y la utilización correcta de los recursos humanos y materiales, los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el Servicio Catalán de la Salud, así como los demás centros, servicios y establecimientos sanitarios que satisfacen regularmente necesidades del sistema sanitario público de Cataluña, constituyen el Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (Siscat), como instrumento dirigido a la prestación de la asistencia sanitaria pública.
2. El Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña está constituido por:

a) La red de centros de internamiento de utilización pública de Cataluña.
b) La red de centros y servicios sanitarios de ámbito comunitario de utilización pública de Cataluña.
c) La red de servicios de transporte sanitario de utilización pública de Cataluña.

3. El Servicio Catalán de la Salud, sólo con carácter excepcional y por una duración limitada, puede establecer contratos o convenios con los titulares de centros y establecimientos sanitarios que no pertenezcan al Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña, en los supuestos en los que los centros y establecimientos sanitarios del Sistema no sean suficientes.

Artículo 44. *Requisitos, procedimiento para la inclusión y la exclusión, niveles y área de influencia.*

1. Deben fijarse por reglamento los requisitos, las condiciones y el procedimiento para la inclusión y la exclusión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en las correspondientes redes del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña. Asimismo, en función de las distintas redes, si procede, deben establecerse por reglamento los criterios de acreditación o los estándares de calidad.
2. El Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con las previsiones del Plan de salud de Cataluña, debe establecer el área de influencia territorial o funcional que corresponde a cada uno de los centros, servicios y establecimientos sanitarios incluidos en las correspondientes redes del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña, que, salvo excepciones motivadas, debe ajustarse a la ordenación territorial establecida en la presente ley.

3. Deben fijarse por reglamento los criterios para garantizar el nivel de calidad asistencial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y la eficacia y la eficiencia de la gestión económica de los mismos.

Artículo 45. *Efectos de la inclusión.*

La pertenencia de los centros, servicios y establecimientos sanitarios al Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña conlleva:

a) Ejercer las funciones asistenciales que les corresponda en función de su integración en la correspondiente red y las funciones de promoción de la salud y educación sanitaria de la población, medicina preventiva, investigación clínica y epidemiológica y docencia, de acuerdo con los programas del Servicio Catalán de la Salud y de la región sanitaria específica, así como la participación en las tareas de información sanitaria y estadística.

b) Estar sujetos a las previsiones que en materia de gestión y contabilidad se establecen en los artículos 54 y 55.

c) Estar sujetos a los controles e inspecciones periódicos y esporádicos que sean necesarios para verificar el cumplimiento de las normas sanitarias, administrativas, económicas y estructurales que sean aplicables.

d) Adecuar la gestión de los servicios a las directrices generales y los criterios de actuación que establezca el Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con el apartado 1 del artículo 46.

e) Estar sujetos a las normas de acreditación o, si procede, a los estándares de calidad que se establezcan reglamentariamente.

f) Suministrar al departamento competente en materia de salud y al Servicio Catalán de la Salud toda la información asistencial y económica que sea necesaria para garantizar la viabilidad, la continuidad, la calidad y la seguridad de los servicios asistenciales de cobertura pública.

Artículo 46. *Adscripción funcional.*

1. Los centros, servicios y establecimientos del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña no integrados en el Servicio Catalán de la Salud se adscriben funcionalmente al mismo para la coordinación adecuada de todo el dispositivo sanitario de cobertura pública. A tal efecto, el Servicio Catalán de la Salud puede fijar directrices y criterios de actuación, que son vinculantes para dichos centros y establecimientos.

2. La adscripción funcional al Servicio Catalán de la Salud de los centros, servicios y establecimientos incluidos dentro del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña implica que las entidades y los organismos que ostentan la titularidad y gestión de los mismos siguen manteniéndolas a todos los efectos.

Artículo 47. *Continuidad y estabilidad del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña.*

Para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios sanitarios de cobertura pública como servicio público, las disposiciones reglamentarias que regulen los requisitos, las condiciones y el procedimiento para la inclusión y la exclusión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en las correspondientes redes del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña deben tener en cuenta los criterios de planificación sanitaria, territorialización y estabilidad de la vinculación, en el marco de un modelo de prestación de servicios en red que debe favorecer las sinergias entre los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios, sin perjuicio de lo que se establece en la normativa básica sobre contratación del sector público.

Artículo 48. *Integración de especialidades.*

Para optimizar los recursos del sistema sanitario público, deben establecerse por reglamento los mecanismos oportunos que permitan la adscripción de las especialidades médicas que se desarrollan en el ámbito extrahospitalario a los centros de la red de centros

de internamiento, salvo aquellas que por su entidad y por sus características sirven de apoyo y referencia a la atención primaria de salud.

CAPÍTULO V

Medios personales

Artículo 49. *Personal.*

1. El personal del Servicio Catalán de la Salud estará formado por:

a) Los funcionarios y demás personal de la Generalidad que presten servicios en el Servicio Catalán de la Salud.
b) El personal transferido para la gestión y ejecución de las funciones y servicios de la Seguridad Social en Cataluña.
c) El personal transferido de los Cuerpos Técnicos del Estado al servicio de la sanidad local.
d) El personal procedente de las Corporaciones Locales y demás entidades que se integren en el mismo, en los términos y condiciones previstos, según corresponda, en la norma de transferencia o en los respectivos convenios de integración.
e) El personal que se incorpore al mismo de acuerdo con la normativa vigente.

2. La clasificación y régimen jurídico del personal del Servicio Catalán de la Salud deberá regirse por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.
3. En el proceso de selección de personal y de provisión de puestos de trabajo de las Administraciones de Cataluña responsables en materia sanitaria, se deberá tener en cuenta el conocimiento de catalán de dicho personal, de acuerdo con la legislación aplicable.
4. El ejercicio de las tareas del personal sanitario deberá organizarse de forma que se estimule al personal en la valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atenciones reparadoras de las enfermedades.

CAPÍTULO VI

Medios materiales y régimen patrimonial

Artículo 50. *Bienes y derechos.*

1. Se adscribirán al Servicio Catalán de la Salud:

a) Los bienes y derechos de toda clase de que es titular la Generalidad de Cataluña afectos a los servicios de salud y asistencia sanitaria.
b) Los bienes y derechos de toda clase afectos a la gestión y asistencia sanitaria transferidos de la Seguridad Social. Al respecto deberá tenerse en cuenta todo lo previsto en la disposición adicional séptima de la Ley General de Sanidad.
c) Los bienes y derechos de las entidades municipales, comarcales y provinciales que sean adscritos de acuerdo con los términos y los plazos establecidos por la presente Ley o previstos, según corresponda, en la norma de transferencia o en los convenios de integración respectivos.
d) Todos los bienes y derechos de los consorcios, las sociedades, incluidas las mercantiles de capital mayoritariamente público, y las fundaciones públicas que estén adscritos de acuerdo con los plazos fijados por la presente ley, sin perjuicio de que el uso y la gestión se encomienden a un tercero.

2. Constituirán el patrimonio propio del Servicio Catalán de la Salud todos aquellos bienes y derechos que adquiera o reciba por cualquier título.

Artículo 51. *Régimen patrimonial.*

1. El Servicio Catalán de la Salud deberá establecer la contabilidad y los registros correspondientes que permitan conocer siempre el carácter de sus bienes y derechos,

propios o adscritos, así como su titularidad y destino, sin perjuicio de las competencias de los demás entes y organismos en la materia.

2. Los bienes y derechos que la Generalidad adscriba al Servicio Catalán de la Salud deberán revertir en aquella en las mismas condiciones que tenían al producirse la adscripción, en el supuesto que este ente se extinga o sufra una modificación que afecte la naturaleza de sus funciones, y siempre que la modificación tenga incidencia en los mencionados bienes y derechos.

3. Los bienes y derechos adscritos al Servicio Catalán de la Salud tendrán la misma consideración de que gozaban en el momento de la adscripción.

4. El patrimonio del Servicio Catalán de la Salud afecto al desarrollo de sus funciones tiene la consideración de dominio público como patrimonio afectado a un servicio público, y como tal gozará de las exenciones en el orden tributario que corresponden a los bienes de la mencionada naturaleza, además de lo previsto en el artículo 4.º, apartado 2.

5. Se entenderá explícita la utilidad pública en relación a la expropiación de inmuebles respecto a las obras y servicios del Servicio Catalán de la Salud.

6. En todo lo que no esté previsto en este capítulo, serán aplicables a los bienes y derechos del Servicio Catalán de la Salud las previsiones contenidas en la Ley de Patrimonio de la Generalidad.

7. El Servicio Catalán de la Salud, previo informe favorable del Departamento de Economía y Finanzas, mediante una autorización del Gobierno, puede vincular los bienes inmuebles que formen parte de su patrimonio, cualquiera que sea su afectación, al pago de una prestación periódica de las reguladas por la legislación civil catalana sobre el derecho de censo. El capital obtenido debe destinarse a financiar las operaciones relacionadas con los servicios sanitarios.

CAPÍTULO VII

Régimen financiero, presupuestario y contable

Artículo 52. *Régimen financiero.*

1. El Servicio Catalán de la Salud se financiará con:

a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Generalidad en los presupuestos de la Seguridad Social afectos a servicios y prestaciones sanitarios.

b) Los recursos ajenos a la Seguridad Social que le puedan ser asignados con cargo a los presupuestos de la Generalidad de Cataluña.

c) Las aportaciones que deban realizar las Corporaciones Locales con cargo a su presupuesto.

d) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos propios y que tenga adscritos.

e) Los ingresos ordinarios que esté autorizado a percibir, de acuerdo con la normativa vigente.

f) Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de entidades y particulares.

2. Los centros, servicios y establecimientos integrados o adscritos funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud no podrán percibir ingresos derivados de las prestaciones sanitarias gratuitas establecidas con carácter general en la legislación vigente.

Artículo 53. *Presupuesto.*

1. El presupuesto del Servicio Catalán de la Salud deberá regirse por lo establecido en la presente Ley y actuarán como supletorias, para todo lo que no esté previsto en la misma, la Ley de Finanzas Públicas de Cataluña y las sucesivas leyes de presupuestos de la Generalidad.

2. El presupuesto a que se refiere el apartado anterior deberá orientarse de acuerdo con las previsiones contenidas en el Plan de Salud de Cataluña y deberá incluir el adecuado desglose por Regiones Sanitarias.

3. El presupuesto del Servicio Catalán de la Salud deberá incluirse, de acuerdo con el artículo 49 del Estatuto de Autonomía de Cataluña, en el presupuesto único de la

Generalidad, de una manera perfectamente diferenciada, y deberá reflejarse en los estados de ingresos, separadamente de los restantes, los que afecten a la Seguridad Social.

4. El plan de contabilidad aplicable al Servicio Catalán de la Salud deberá tener la estructura que se establezca en virtud del artículo 79 de la Ley de Finanzas Públicas de Cataluña.

5. El Servicio Catalán de la Salud deberá presentar un presupuesto-resumen clasificado por artículos. Dicha clasificación constituirá el nivel de vinculación de los créditos presupuestarios.

6. De acuerdo con la normativa aplicable a las modificaciones presupuestarias, podrán acordarse transferencias de créditos dentro del presupuesto del Servicio Catalán de la Salud. Reglamentariamente, se determinarán los órganos que son competentes para acordar las mencionadas transferencias.

Artículo 54. *Gestión.*

1. Los centros y establecimientos a los que se refiere el artículo 5.º de la presente Ley deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de modo preponderante, en los costes y la calidad de la asistencia.

2. De acuerdo con lo que se establezca reglamentariamente, los precitados centros y establecimientos deberán confeccionar y remitir al Servicio Catalán de la Salud periódicamente:

a) Los indicadores sanitarios y económicos, que serán comunes para todos ellos.

b) La valoración económica de las actividades que desarrollen.

Artículo 55. *Compatibilidad.*

Los centros y establecimientos a los que se refiere el artículo 5.º deberán ajustarse a los criterios que en materia de compatibilidad se establezcan reglamentariamente.

Artículo 56. *Intervención.*

La Intervención General de la Generalidad ejercerá sus funciones en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud, de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Finanzas Públicas de Cataluña, la Ley del Estatuto de la Función Interventora, el Reglamento para su aplicación y las disposiciones que los desarrollen.

Artículo 57. *Tesorería.*

La Tesorería General de la Generalidad tendrá a su cargo la función de tesorería del Servicio Catalán de la Salud, y centralizará los recursos correspondientes al ente precitado, tanto los propios como los procedentes de la Seguridad Social o de otras entidades.

Artículo 58.

Se establecerán reglamentariamente:

a) La estructura orgánica de dirección, gestión y administración de los centros y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria integrados en el Servicio Catalán de la Salud, que permita la implantación de una dirección participativa por objetivos y un control por resultados.

b) Los sistemas para formar personal especialista en dirección, gestión y administración sanitarias.

CAPÍTULO VIII

Régimen de impugnación de los actos, responsabilidad, representación y defensa en juicio

Artículo 59. *Régimen de impugnación de los actos.*

1. Contra los actos administrativos del Servicio Catalán de la Salud los interesados podrán interponer los recursos que correspondan en los mismos casos, plazos y formas previstos en la legislación sobre procedimiento administrativo.

2. De acuerdo con lo establecido por el apartado 1, los actos dictados por los órganos centrales de dirección y gestión del Servicio Catalán de la Salud pueden ser objeto de recurso de alzada ante el consejero de Salud, y los de los órganos de dirección y gestión de las regiones sanitarias, ante el director del Servicio Catalán de la Salud. Las resoluciones del recurso de alzada agotan, en ambos casos, la vía administrativa.

3. Las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional civil deben dirigirse al Director del Servicio Catalán de la Salud, a quien corresponde su resolución.

4. Las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional laboral deberán dirigirse al Director del Servicio Catalán de la Salud o a los gerentes de las Regiones Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias.

5. Los actos del Servicio Catalán de la Salud relativos a los servicios y prestaciones sanitarios de la Seguridad Social serán impugnables en los mismos supuestos y con los mismos requisitos que la legislación general establece en relación a las entidades gestoras de la Seguridad Social.

6. Contra los actos administrativos de los entes adscritos al Servicio Catalán de la Salud los interesados pueden interponer los recursos que correspondan en los mismos casos, plazos y formas establecidos por la legislación sobre procedimiento administrativo.

De acuerdo con lo establecido por el párrafo anterior, los actos dictados por los órganos de gobierno de los entes adscritos al Servicio Catalán de la Salud que no tengan un superior jerárquico dentro de la organización del ente pueden ser objeto de recurso de alzada ante el director del Servicio Catalán de la Salud. La resolución de este recurso de alzada agota la vía administrativa.

El régimen de impugnación de los actos del Instituto Catalán de la Salud es el establecido por la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud.

Artículo 60. *Responsabilidad.*

1. El régimen de responsabilidad del Servicio Catalán de la Salud y de las autoridades y funcionarios que prestan en él sus servicios se exigirá en los mismos términos y supuestos que para la Administración de la Generalidad y de acuerdo con las disposiciones generales de aplicación en la materia.

2. Los procedimientos de responsabilidad patrimonial a que se refiere el capítulo I del título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, deben ser resueltos por el Director del Servicio Catalán de la Salud.

Artículo 61. *Representación y defensa en juicio.*

1. El asesoramiento jurídico al Servicio Catalán de la Salud y la representación y defensa en los asuntos relativos a las finalidades que le atribuye el artículo 6 corresponden al personal letrado adscrito a este ente, sin perjuicio de que el Gobierno pueda adscribir abogados de la Generalidad a determinadas plazas de la plantilla del ente. Excepcionalmente, las funciones de representación y defensa mencionadas pueden ser encargadas a otros abogados colegiados.

2. Sin perjuicio de lo previsto en el apartado anterior, en los supuestos de resarcimiento de gastos por atención sanitaria prestada a no beneficiarios del sistema sanitario público, o cuando existan terceros responsables que deban hacerse cargo de la asistencia, legal o contractualmente, el Servicio Catalán de la Salud podrá contratar, de acuerdo con la normativa vigente, los servicios de abogados, ya actúen de forma individual o colectiva, o de personas jurídicas dotadas de servicios jurídicos dentro de su misma organización, que

realicen todas las gestiones conducentes al cobro, sea en fase prejudicial o judicial, en cuyo caso la representación y defensa en juicio del mencionado ente corresponderá a los referidos abogados o, si procede, a aquellos otros que estén vinculados de forma estable a las personas jurídicas contratadas, que deberán ser colegiados en ejercicio y estar debidamente apoderados.

TÍTULO V

El Plan de Salud de Cataluña

Artículo 62. *Naturaleza.*

1. Las líneas directivas y de despliegue de las actividades, programas y recursos del Servicio Catalán de la Salud para alcanzar sus finalidades constituirán el Plan de Salud de Cataluña.

El Plan de Salud será el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en la materia, en el ámbito de la Generalidad de Cataluña.

2. El Plan de Salud de Cataluña será aprobado por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad, a propuesta del Consejero de Sanidad y Seguridad Social, teniendo en cuenta los objetivos de la política socioeconómica y de bienestar social de la Generalidad de Cataluña.

3. El Plan de salud de Cataluña tiene un periodo de vigencia de cinco años.

Artículo 63. *Contenido.*

El Plan de Salud de Cataluña deberá incluir:

a) Una valoración de la situación inicial, con el análisis de los recursos personales, materiales y económicos empleados, del estado de salud de los servicios y programas prestados, y de la ordenación sanitaria y jurídico-administrativa existente.

b) Los objetivos y niveles a alcanzar con respecto a:

Indicadores de salud y enfermedad.

Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación.

Homogeneización y equilibrio entre regiones sanitarias.

Disposición y habilitación de centros, servicios y establecimientos.

Personal, organización administrativa, información y estadística.

Eficacia, calidad, satisfacción de los usuarios y coste.

c) El conjunto de los servicios, programas y actuaciones a desplegar, generales y por Regiones Sanitarias.

d) Las previsiones económicas y de financiación, generales y por Regiones Sanitarias.

e) Los mecanismos de evaluación de la aplicación y seguimiento del Plan.

Artículo 64. *Procedimiento.*

1. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social formulará los criterios generales de la planificación sanitaria, y fijará los objetivos, índices y niveles básicos a alcanzar en las materias objeto de inclusión en el Plan de Salud de Cataluña. Asimismo, deberá establecer la metodología y el plazo para la elaboración del Plan de Salud.

2. La Región Sanitaria, a través de su Consejo de Dirección, deberá formular el anteproyecto de Plan de Salud correspondiente a su ámbito territorial y de actividades, escuchados los Consejos Comarcales y basado en los respectivos planes de salud de las Regiones y los Sectores Sanitarios que configuran la Región, que deberá tramitar al Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

3. El Plan sanitario correspondiente a los servicios y prestaciones comunes y generales será elaborado por el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, el cual al mismo tiempo reunirá los planes de salud de las Regiones y comprobará su adecuación a

los criterios generales de planificación sanitaria; las recomendaciones y sugerencias que se deriven del mismo serán enviados a las respectivas Regiones Sanitarias.

4. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social integrará los diferentes planes junto con el plan de actuaciones del propio Departamento, deberá resolver las cuestiones pendientes, y adecuar el conjunto del Plan a las previsiones de la política sanitaria y económica.

5. El Plan de Salud de Cataluña, una vez aprobado por el Consejo Ejecutivo de la Generalidad, deberá remitirse al Parlamento de Cataluña en el plazo máximo de treinta días a fin de que lo conozca.

TÍTULO VI

Competencias de los Consejos Comarcales y los Ayuntamientos

CAPÍTULO I

Competencias de los Consejos Comarcales

Artículo 65. *Participación.*

Los Consejos Comarcales participarán en los órganos del Servicio Catalán de la Salud de la manera prevista en la presente Ley.

Artículo 66. *Competencias.*

1. En el marco del sistema sanitario público de Cataluña, los Consejos Comarcales serán competentes para:

a) Coordinar los servicios sanitarios municipales entre sí, y estos con los de la Generalidad, garantizando una prestación integral en su ámbito respectivo.

b) Realizar actividades y prestar servicios sanitarios de interés supramunicipal, especialmente los referentes al control sanitario del medio ambiente, la salubridad pública, la epidemiología y la salud pública en general.

c) Participar en la planificación sanitaria de la Generalidad de acuerdo con lo previsto en el artículo 64.2.

d) Proporcionar apoyo informativo y estadístico a la Administración sanitaria de la Generalidad con respecto al desarrollo de sus funciones.

e) Participar activamente en el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, así como en el Consejo de Dirección de la Región Sanitaria correspondiente.

2. Para el desarrollo de las funciones a que se refiere el apartado anterior, los Consejos Comarcales podrán solicitar el apoyo técnico del personal y los medios de las Regiones Sanitarias en cuya demarcación estén comprendidos. El personal sanitario del Servicio Catalán de la Salud que preste su apoyo a los Consejos Comarcales en la realización de las referidas funciones tendrá la consideración, solo a estos efectos, de personal al servicio de los Consejos Comarcales.

3. Además de las competencias señaladas, las comarcas deberán ejercer aquellas otras que el Consejo Ejecutivo de la Generalidad y los municipios les deleguen o asignen de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre régimen local.

CAPÍTULO II

Competencias de los Ayuntamientos

Artículo 67. *Participación.*

Los Ayuntamientos participarán en los órganos del Servicio Catalán de la Salud de la manera prevista en la presente Ley.

Artículo 68. *Competencias.*

1. En el marco del sistema sanitario público de Cataluña, los Ayuntamientos serán competentes para:

a) Prestar los servicios mínimos obligatorios establecidos en la legislación que regula el régimen municipal en lo referente a los servicios de salud y demás regulados en la presente Ley.

b) Prestar los servicios necesarios para dar cumplimiento a las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planos sanitarios relativos a:

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

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

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

Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y otros productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o el consumo humano, así como de sus medios de transporte.

Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

c) Promover, en el marco de las legislaciones sectoriales, aquellas actividades y prestar los servicios sanitarios necesarios para satisfacer las necesidades y aspiraciones de su comunidad de vecinos y en particular:

La defensa de los consumidores y usuarios de la sanidad.

La participación en la gestión de la atención primaria de la salud.

La protección de la sanidad ambiental.

La protección de la salubridad pública.

d) Realizar actividades complementarias de las que sean propias de otras Administraciones públicas en las materias objeto de la presente Ley, y en particular, respecto a la educación sanitaria, vivienda, protección del medio y del deporte en los términos establecidos en la legislación que regula el régimen municipal.

e) Prestar los servicios relacionados con las materias objeto de la presente Ley derivados del ejercicio de las competencias que en ellos puedan delegar la Generalidad de Cataluña según los términos establecidos en la legislación que regula el régimen municipal.

2. Para el desarrollo de las funciones a que se refiere el apartado anterior, los Ayuntamientos podrán solicitar el apoyo técnico del personal y de los medios de las Regiones y Sectores Sanitarios en cuya demarcación se encuentren comprendidos. El personal sanitario del Servicio Catalán de la Salud que preste apoyo a los Ayuntamientos en la realización de las referidas funciones tendrá la consideración, sólo a dichos efectos, de personal al servicio de los Ayuntamientos.

TÍTULO VII

Instituto de Estudios de la Salud

CAPÍTULO I

Docencia e investigación sanitarias

Artículo 69. *Principios generales.*

1. Toda estructura asistencial del sistema sanitario en Cataluña deberá poder ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales sanitarios.

2. Para conseguir una mayor adecuación en la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario en Cataluña, el Consejo Ejecutivo deberá velar por la actuación coordinada de sus departamentos en la formación de los profesionales de la salud pública, a fin de que se integren en las estructuras de los servicios del sistema sanitario en Cataluña.

3. Los Centros universitarios o con función universitaria deberán ser programados con respecto a la docencia e investigación de manera coordinada entre las universidades y las Administraciones públicas de Cataluña, de acuerdo con sus respectivas competencias, estableciendo en los correspondientes conciertos el sistema de participación de las universidades de Cataluña en sus órganos de gobierno.

4. Las Administraciones públicas de Cataluña deberán fomentar, dentro del sistema sanitario en Cataluña, las actividades de investigación sanitaria como elemento fundamental para su progreso.

CAPÍTULO II

Del Instituto de Estudios de la Salud

Artículos 70 a 72.

(Derogados).

Disposición adicional primera.

1. La Administración de la Generalidad asumirá las competencias ejercidas por las Diputaciones catalanas en materia sanitaria en los términos establecidos en la Ley 5/1957, de 24 de abril, de Régimen Provisional de las Competencias de las Diputaciones Provinciales, y las normas dictadas en su despliegue. Sin embargo, corresponderá a las Diputaciones la cooperación y asistencia económica, jurídica y técnica a los municipios y comarcas en esta materia.

2. La transferencia de los servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria de titularidad de las Diputaciones deberá realizarse de acuerdo con lo previsto en las disposiciones a que se refiere el apartado anterior y la legislación vigente.

Disposición adicional segunda.

Los organismos funcionales que se creen de conformidad con lo que prevé el artículo 7, apartado 2, primero, de la presente Ley, deberán someterse a las previsiones contenidas en los capítulos V, VI, VII y VIII del título IV, en lo que respecta a su régimen de personal, patrimonial, financiero, presupuestario, contable, de impugnación de los actos y representación y defensa en juicio, y en los mismos términos que se establecen en ellas.

Disposición adicional tercera.

El Consejo Ejecutivo de la Generalidad podrá constituir consorcios de naturaleza pública con otras entidades públicas o privadas sin afán de lucro para la consecución de fines asistenciales, docentes o de investigación en materia de salud, que sean comunes o concurrentes, en cualesquiera supuestos diferentes a los que se refieran los artículos 7.º, apartado 2, y 22, apartado 2, de la presente Ley. Dichos consorcios podrán dotarse de organismos instrumentales, de acuerdo con sus estatutos.

Disposición adicional cuarta.

En función de los recursos económicos disponibles y teniendo en cuenta las previsiones del Decreto 84/1985, de 21 de marzo, de medidas para la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña, así como de la normativa que lo complementa y desarrolla, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social completará el proceso de reforma hasta llegar a cubrir a la totalidad de la población, en un plazo de seis años a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición adicional quinta.

En un plazo de cinco años, a contar de la entrada en vigor de la presente Ley, se procederá a ultimar el despliegue gradual y armónico de los recursos institucionales sociosanitarios, de acuerdo con los baremos internacionalmente reconocidos, desarrollando un modelo de atención y organización específica para las personas mayores enfermas, con enfermedades crónicas invalidantes y enfermedades terminales, y creando una red de atención sociosanitaria y su financiación y concertación progresivas adecuadas a las características de los usuarios y del sector.

Disposición adicional sexta.

La integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de cobertura pública del Servicio Catalán de la Salud se realizará de acuerdo con los principios de ordenación y planificación contenidos en el Plan de ordenación de la red de asistencia psiquiátrica y salud mental en Cataluña, elaborado por la Oficina Técnica de la Comisión Mixta de Planificación de la Asistencia Psiquiátrica Generalidad-Diputaciones, y con especial atención a la psiquiatría infantil y a la psicogeriatría.

Disposición adicional séptima.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social adoptará las medidas pertinentes para desarrollar los objetivos fijados por los órganos competentes en materia de salud laboral, especialmente con respecto a la información sanitaria relativa a enfermedades profesionales, control de patologías del trabajo e introducción de programas de promoción de la salud en el seno de las empresas

Disposición adicional octava.

En un plazo de tres años a contar de la entrada en vigor de la presente Ley se procederá a ordenar los servicios y establecimientos de orientación y planificación familiar en un único dispositivo de cobertura pública, de acuerdo con los pertinentes convenios suscritos entre el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad y los Ayuntamientos.

Dicho servicio que deberá realizarse desde el Sector Sanitario y para todo el territorio de Cataluña comprenderá actividades de prevención, asistencia y proyección comunitaria.

Disposición adicional novena.

La universalización de la asistencia pública a toda la población de Cataluña deberá hacerse efectiva en un plazo máximo de seis meses a contar de la entrada en vigor de la presente Ley, en los términos y condiciones que reglamentariamente se establezcan.

Disposición adicional décima.

De acuerdo con lo que establecen los artículos 7, apartado 2, y 22, apartados 2 y 3, de la presente Ley, el Servicio Catalán de la Salud y, en su caso, las regiones sanitarias pueden establecer contratos para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, que deben ser acreditados, al efecto, con entidades de base asociativa legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia, totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios, priorizando a los que están comprendidos en cualquiera de los colectivos de personal a que se refiere el artículo 49, apartado 1, en los términos y con las condiciones previstos por la legislación vigente, con la finalidad de promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público.

En estos supuestos, cuando se trate de profesionales comprendidos en el artículo 49.1 que constituyan las citadas entidades y pasen a prestar sus servicios en las mismas, permanecen en el Cuerpo o categoría de origen en la situación de excedencia voluntaria a que se refiere el epígrafe c) del artículo 71, apartado 2, de la Ley 17/1985, de 23 de julio, de la Función Pública de la Administración de la Generalidad, según la redacción dada por la Ley 9/1994, de 29 de junio, de reforma de la legislación relativa a la Función Pública de la Generalidad de Cataluña. No obstante, durante un período de tres años desde la declaración

de la nueva situación, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social o el organismo de procedencia deben adoptar las medidas adecuadas para facilitar la reincorporación de dicho personal al puesto de trabajo que ocupaba, cuando lo solicite y el puesto de trabajo se halle vacante. En caso que el puesto haya sido suprimido o haya sido realizada su provisión definitiva, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social o el organismo de procedencia deben garantizar, durante el citado período, el reingreso a un puesto de trabajo del Cuerpo o categoría de origen, del mismo nivel y en la misma localidad.

Disposición adicional undécima.

Tomando como marco de referencia la legislación sobre contratos de las Administraciones Públicas, el Consejo Ejecutivo debe regular mediante un Decreto los requisitos, alcance, procedimiento y sistemas de selección para el establecimiento de los contratos de gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios en régimen de concierto, que deben ajustarse con carácter general a los principios de publicidad y concurrencia, teniendo en cuenta las previsiones del Plan de Salud de Cataluña y las normas específicas de ordenación de dichos servicios.

Disposición adicional duodécima.

Deben establecerse por Reglamento los sistemas que permitan la evaluación y el control periódicos de los centros, servicios y establecimientos gestionados por el Instituto Catalán de la Salud, así como de los distintos contratos de gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios formalizados por el Servicio Catalán de la Salud con cualesquiera entidades públicas o privadas, a fin de verificar el grado de eficacia, eficiencia y calidad de estos servicios y fijar los criterios más adecuados para su contratación en sucesivas anualidades.

Disposición adicional decimotercera.

Las Administraciones Públicas de Cataluña, y los organismos y entidades que dependen de la misma, deben colaborar con el Servicio Catalán de la Salud facilitándole la necesaria información poblacional, identificativa y de residencia, de sus ámbitos territoriales o funcionales respectivos, en un soporte que permita su tratamiento automatizado para la constitución de las bases de datos correspondientes a los usuarios del sistema sanitario público que pueden ser utilizadas exclusivamente para la consecución de las finalidades que dicho ente tiene asignadas. La utilización de estos datos debe sujetarse a las disposiciones de la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre.

Disposición adicional decimocuarta.

1. El Consorcio Sanitario de Barcelona, ente de carácter asociativo con personalidad jurídica propia, integrado por la Generalidad de Cataluña y el Ayuntamiento de Barcelona, queda adscrito funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud. En ningún caso, la representación de la Generalidad de Cataluña en la Junta general del Consorcio puede ser inferior al 51 por 100 de sus miembros.
2. Las funciones previstas para las regiones sanitarias, en lo que se refiere a la ciudad de Barcelona, son directamente asumidas por el Consorcio Sanitario de Barcelona.
3. El Consejo Ejecutivo debe dictar las normas que hagan efectivas las previsiones de los anteriores apartados.

Disposición adicional decimoquinta.

1. El nombramiento en propiedad, con destino definitivo o provisional, o en régimen de interinidad como funcionario del Cuerpo de Farmacéuticos titulares del ámbito de la Generalidad de Cataluña no supone el derecho a la titularidad de una nueva oficina de farmacia en el correspondiente partido oficial farmacéutico. Dicha previsión es aplicable tanto a los titulares únicos de una oficina de farmacia como a aquellos que son titulares en régimen de copropiedad.
2. Los funcionarios con nombramiento en propiedad o en régimen de interinidad como funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos titulares afectados por dicha disposición llevan a

cabo sus funciones en materia de salud pública en el marco de la estructura del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. A estos efectos, el Gobierno de la Generalidad ha de llevar a cabo las modificaciones pertinentes en las relaciones de puestos de trabajo del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

3. A los efectos del primer concurso de méritos para la provisión de puestos de trabajo de Farmacéuticos titulares de la Generalidad de Cataluña que se convoque, no son aplicables las presentes normas a los Farmacéuticos titulares con destino provisional que concursen y accedan de forma definitiva a la misma plaza que ocupaban de forma provisional.

Disposición adicional decimosexta. *Funciones de representación territorial del departamento competente en materia de salud.*

Los gerentes de las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud, sin perjuicio de las funciones que les atribuye el artículo 29, pueden asumir, si así lo determina el Gobierno mediante un decreto, las funciones de representación territorial del departamento competente en materia de salud. En este supuesto, les corresponde la función de coordinación, en el ámbito territorial correspondiente, del conjunto de la actividad del departamento competente en materia de salud y de los entes que dependen de este y de los órganos territoriales de dirección y gestión en que estos entes se estructuran, sin perjuicio del régimen de gobierno y de autonomía funcional propios de cada ente.

Disposición adicional decimoséptima. *Participación en comisiones específicas.*

1. Además de los órganos de participación establecidos por la presente ley, la participación en el sistema sanitario catalán se ejerce también mediante comisiones específicas, si procede.

2. Las comisiones específicas se constituyen, con carácter temporal o permanente, por resolución del director o directora del Servicio Catalán de la Salud, para el estudio, el debate y la formulación de propuestas sobre temas específicos que interesen al Servicio Catalán de la Salud en el ejercicio de sus funciones. Integran estas comisiones, con el ámbito territorial o funcional que proceda en cada caso, las organizaciones, los consejos, las sociedades, las asociaciones y las entidades proveedoras de servicios de salud que se determinen teniendo en cuenta la materia.

Disposición adicional decimoctava. *Legitimación para entender desestimada la solicitud.*

1. En los procedimientos administrativos para la autorización previa para la creación, la modificación, la ampliación, el traslado y el cierre de centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios y para la acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, sin perjuicio de la obligación de la Administración de dictar la pertinente resolución expresa, el vencimiento del plazo de tres meses sin que se haya notificado la resolución expresa legitima a la persona interesada para entender desestimada por silencio administrativo su solicitud.

2. En los procedimientos administrativos de autorización de centros sanitarios extractores y trasplantadores de órganos, de autorización de centros sanitarios para la realización de trasplantes de progenitores hematopoyéticos, de acreditación de centros y establecimientos donde se realizan prácticas abortivas, de emisión de la certificación técnico-sanitaria de ambulancias, de autorización de tratamiento con opiáceos, sin perjuicio de la obligación de la Administración de dictar la pertinente resolución expresa, el vencimiento del plazo de tres meses sin que se haya notificado la resolución expresa legitima a la persona interesada para entender desestimada por silencio administrativo su solicitud.

3. En los procedimientos administrativos de certificación de criterios de calidad de las unidades asistenciales de radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear, sin perjuicio de la obligación de la Administración de dictar la pertinente resolución expresa, el vencimiento del plazo de seis meses sin que se haya notificado la resolución expresa legitima a la persona interesada para entender desestimada por silencio administrativo su solicitud.

4. En los procedimientos administrativos de reconocimiento del interés sanitario de actos de carácter científico, sin perjuicio de la obligación de la Administración de dictar la pertinente resolución expresa, el vencimiento del plazo de dos meses sin que se haya notificado la resolución expresa legitima a la persona interesada para entender desestimada por silencio administrativo su solicitud.

5. En los procedimientos administrativos de autorización para construir y ampliar cementerios, sin perjuicio de la obligación de la Administración de dictar la pertinente resolución expresa, el vencimiento del plazo de seis meses sin que se haya notificado la resolución expresa legitima a la persona interesada para entender desestimada por silencio administrativo su solicitud.

Disposición adicional decimonovena. *Integración del personal funcionario de los cuerpos estatales de médicos inspectores y del personal laboral de la categoría profesional de técnicos en gestión y administración sanitaria del Instituto Catalán de la Salud en el Departamento de Salud.*

1. El personal funcionario de los cuerpos estatales de médicos inspectores y el personal laboral de la categoría profesional de técnicos en gestión y administración sanitaria que presten servicios o hayan tenido su último destino en el Instituto Catalán de la Salud se integran en el departamento competente en materia de salud, con adscripción al órgano que tiene atribuidas las funciones de ordenación y regulación sanitaria y manteniendo el régimen jurídico, la vinculación jurídica y los derechos consolidados de que gozaban.

2. La integración del personal laboral de la categoría profesional de técnicos en gestión y administración del Instituto Catalán de la Salud en el departamento competente en materia de salud conlleva el reconocimiento de la subrogación, con todos los efectos jurídicos que puedan derivarse.

Disposición adicional vigésima.

El Servicio Catalán de la Salud y el departamento competente en materia de salud se subrogan, en la fecha de entrada en vigor de la presente disposición, en las relaciones jurídicas en que la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña era sujeto activo o pasivo que estén relacionadas con las funciones que tienen atribuidas desde la fecha mencionada de acuerdo con la letra g bis del artículo 7.1 y de acuerdo con las letras k bis y k ter del artículo 10, respectivamente.

Disposición transitoria primera.

1. En el plazo de dos años a contar de la entrada en vigor de la presente Ley, el Consejo Ejecutivo de la Generalidad y las Corporaciones locales, a excepción de las Diputaciones, que actualmente disponen de servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, deberán suscribir los pertinentes convenios para la integración o adscripción de dichos servicios y establecimientos en el Servicio Catalán de la Salud, a través de la Región Sanitaria correspondiente. Los mencionados convenios deberán prever el plazo para la integración o adscripción, las aportaciones de la Corporación local a la financiación de los servicios y establecimientos de que se trate y, si procede, la fórmula con que deberán gestionarse, de entre las establecidas en el artículo 7.º, apartado 2, y podrán preservar el mantenimiento de su titularidad para la Corporación.

2. En todo caso, y mientras no entre en vigor el sistema definitivo de financiación de la Generalidad de Cataluña, las Corporaciones locales a que se refiere el apartado anterior deberán contribuir con medios suficientes a la financiación de sus servicios y establecimientos que se integren en el Servicio Catalán de la Salud en una cantidad no inferior a la asignada en los respectivos presupuestos, que deberá actualizarse anualmente, a excepción de las cuantías que puedan proceder de conciertos con la Administración sanitaria de Cataluña.

3. El Servicio Catalán de la Salud y las Regiones Sanitarias no se entenderán plenamente constituidos por lo que se refiere al ejercicio de las funciones de gestión y administración de recursos sanitarios hasta que no se hayan realizado efectivamente las transferencias de las Corporaciones locales a que se refieren los apartados anteriores, y en

la medida que las mismas vayan realizándose, en su caso. En dichos supuestos, las Corporaciones locales seguirán teniendo mientras tanto la titularidad y asumiendo la dirección y gestión, a todos los efectos, de los servicios, centros y establecimientos sanitarios de que dispongan a la entrada en vigor de la presente Ley, sin perjuicio de la coordinación funcional de todo el dispositivo sanitario público.

Disposición transitoria segunda.

1. El Servicio Catalán de la Salud deberá asumir gradualmente el ejercicio de las funciones que le son encomendadas por la presente Ley, comenzando por aquellas a que se refieren los epígrafes a), b), f) y g) del artículo 7.°, apartado 1. Con dicha finalidad, el Consejo Ejecutivo de la Generalidad integrará o adscribirá, si procede, al Servicio Catalán de la Salud los órganos y servicios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Instituto Catalán de la Salud que desarrollan aquellas funciones, así como sus medios materiales, personales y presupuestarios.

2. Asimismo, las· Regiones Sanitarias deberán asumir de manera gradual las funciones que la presente Ley les encomienda, comenzando por aquellas a que se refieren los epígrafes a), e) y f) del artículo 22, apartado 1. A tal efecto, el Consejo Ejecutivo de la Generalidad integrará o adscribirá, si procede, a las Regiones Sanitarias los órganos y servicios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Instituto Catalán de la Salud que desarrollan las funciones antes mencionadas, así como sus medios materiales, personales y presupuestarios.

3. Lo previsto en los apartados anteriores deberá hacerse efectivo en el plazo máximo de un año, a contar desde la entrada en vigor de la presente Ley. En todo caso, la puesta en funcionamiento del Servicio Catalán de la Salud y las Regiones Sanitarias deberá coincidir con el inicio de un ejercicio presupuestario.

4. Las funciones del Servicio Catalán de la Salud y de las Regiones Sanitarias a que se refieren los epígrafes c), d) y e) del artículo 7.°, apartado 1, y los epígrafes b), c) y d) del artículo 22, apartado 1, respectivamente, serán asumidas progresivamente a medida que el Consejo Ejecutivo, por Decreto, les vaya asignando de manera gradual los recursos sanitarios que se mencionan en el artículo 5.°, epígrafe a), y, por otro lado, se vayan haciendo efectivas las transferencias de las Corporaciones locales, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley. Simultáneamente, se irán adscribiendo al Servicio Catalán de la Salud y a las Regiones Sanitarias el personal los bienes, derechos y obligaciones correspondientes, en los términos que prevean los pertinentes decretos y convenios y hasta a su definitiva consolidación, que deberá coincidir con la integración de los centros, servicios, establecimientos, programas y actuaciones del Instituto Catalán de la Salud y las Corporaciones locales, en su caso.

En todo caso, ambos procesos de transferencias deberán programarse de manera que se garantice la adecuada gestión de los centros, servicios, establecimientos, programas y actuaciones sanitarios.

5. Mientras mantenga su naturaleza como entidad gestora de la Seguridad Social, el Instituto Catalán de la Salud puede realizar todos los actos y negocios jurídicos necesarios para el desarrollo adecuado de sus funciones de acuerdo con el régimen jurídico que le es aplicable, bajo las directrices generales del Servicio Catalán de la Salud.

Téngase en cuenta que esta disposicion queda derogada en todo lo que afecte al Instituto Catalán de la Salud por la disposición derogatoria de la Ley 8/2007, de 30 de julio. Ref. BOE-A-2007-15544.

Disposición transitoria tercera.

En el momento en que asuma la función a que se refiere el epígrafe g) del artículo 7.°, apartado 1, el Servicio Catalán de la Salud se subrogará en los contratos, conciertos y convenios de asistencia sanitaria que tuviere establecidos el Instituto Catalán de la Salud.

Téngase en cuenta que esta disposicion queda derogada en todo lo que afecte al Instituto Catalán de la Salud por la disposición derogatoria de la Ley 8/2007, de 30 de julio. Ref. BOE-A-2007-15544.

Disposición transitoria cuarta.

1. Mientras el Servicio Catalán de la Salud y las Regiones Sanitarias no asuman el ejercicio de sus funciones, estas seguirán realizándose en los órganos y servicios correspondientes del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Instituto Catalán de la Salud.

2. Los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión del Instituto Catalán de la Salud continuarán en el ejercicio de sus funciones y competencias mientras no se constituyan los órganos de participación correlativos previstos en la presente Ley.

Téngase en cuenta que esta disposicion queda derogada en todo lo que afecte al Instituto Catalán de la Salud por la disposición derogatoria de la Ley 8/2007, de 30 de julio. Ref. BOE-A-2007-15544.

Disposición transitoria quinta.

1. El personal adscrito al Servicio Catalán de la Salud y a los Organismos que dependen del mismo mantendrá su nombramiento y el régimen retributivo específico que tenga reconocidos en el momento de la efectiva adscripción al servicio, sin perjuicio de lo previsto en las disposiciones que respectivamente le sean de aplicación, de acuerdo con el artículo 49 de la presente Ley.

2. Salvo lo previsto en el apartado anterior, el Consejo Ejecutivo de la Generalidad deberá adoptar las medidas pertinentes tendentes a la homologación entre los distintos colectivos que integren el Servicio Catalán de la Salud y los Organismos que dependen del mismo.

3. El Consejo Ejecutivo deberá tender progresivamente a la equiparación de las condiciones laborales y profesionales del personal que forma parte del Servicio Catalán de la Salud y de aquellos que trabajan en los Centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, en un plazo de tres años, a contar de la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición transitoria sexta.

Mientras no se promulgue la legislación específica a que se refiere la disposición adicional sexta de la Ley de la Función Pública de la Administración de la Generalidad, el personal regulado en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, así como el personal de los Cuerpos y escalas sanitarios y los Asesores Médicos que fueron transferidos a la Generalidad junto con los servicios y funciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, seguirá rigiéndose por la legislación que le sea aplicable en cada momento.

Téngase en cuenta que esta disposicion queda derogada en todo lo que afecte al Instituto Catalán de la Salud por la disposición derogatoria de la Ley 8/2007, de 30 de julio. Ref. BOE-A-2007-15544.

Disposición transitoria séptima.

Mientras el Consejo Ejecutivo de la Generalidad, por decreto, no haya establecido la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Instituto de Estudios de la Salud, dicho Organismo seguirá rigiéndose por lo previsto en el Decreto de 25 de febrero de 1980, convalidado por la Ley 2/1981, de 22 de abril.

Disposición transitoria octava.

Transitoriamente, las Regiones Sanitarias quedarán delimitadas por los ámbitos territoriales correspondientes a las áreas de gestión del Instituto Catalán de la Salud, ordenadas por el Decreto 572/1983, de 15 de diciembre, excepto la Región Sanitaria de Barcelona-ciudad, que comprenderá también el ámbito del área de gestión del Valle de Hebrón.

Téngase en cuenta que esta disposicion queda derogada en todo lo que afecte al Instituto Catalán de la Salud por la disposición derogatoria de la Ley 8/2007, de 30 de julio. Ref. BOE-A-2007-15544.

Disposición transitoria novena.

(Derogada).

Disposición derogatoria única.

1. En la medida que el Servicio Catalán de la Salud y las Regiones Sanitarias, si procede, asuman las funciones previstas en la presente Ley, quedarán derogados, en aquello en que se opongan a la misma, los artículos 2.º 1 a), 3.º, 4.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10, 11, 12 y 13, en lo referente al Instituto Catalán de la Salud, y disposiciones transitorias primera, tercera y cuarta, en lo que afecte a servicios sanitarios, de la Ley de Administración Institucional de la Sanidad, y de la Asistencia y los Servicios Sociales de Cataluña, así como las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan lo establecido en la presente Ley.

2. Queda derogado el Decreto de 25 de febrero de 1980, de creación del Instituto de Estudios de la Salud, convalidado por la Ley 2/1981, de 22 de abril, salvo lo previsto en la Disposición Transitoria Séptima.

Disposición final primera.

1. Se autoriza al Consejo Ejecutivo de la Generalidad a modificar el ámbito territorial y la delimitación de las Regiones Sanitarias y a realizar las oportunas adaptaciones de las mismas, atendiendo a los factores determinados en el artículo 21, y teniendo en cuenta la ordenación territorial de Cataluña vigente en cada momento. Incluso podrá modificar su denominación.

2. Mientras coexistan las Regiones Sanitarias y las Áreas de Gestión del Instituto Catalán de la Salud de acuerdo con lo previsto en la disposición transitoria segunda, deberá procurarse que las respectivas gerencias coincidan en una sola persona, con la finalidad de facilitar la adecuada coordinación de funciones. En dicho supuesto, el desarrollo de ambos puestos no se considerará incompatible a los efectos de lo previsto en el artículo 28, apartado 2.

Téngase en cuenta que el apartado 2 de esta disposicion queda derogado en todo lo que afecte al Instituto Catalán de la Salud por la disposición derogatoria de la Ley 8/2007, de 30 de julio. Ref. BOE-A-2007-15544.

3. El Consejo Ejecutivo de la Generalidad dispondrá de un plazo máximo de seis meses para adaptar las Regiones Sanitarias a las regiones que resulten de la división del territorio de Cataluña que el Parlamento de Cataluña deberá aprobar de conformidad con la disposición adicional segunda de la Ley 5/1987, de 4 de abril.

Disposición final segunda.

El Plan de Salud de Cataluña deberá elaborarse en el plazo de un año, a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición final tercera.

Se autoriza al Consejo Ejecutivo a dictar las normas de carácter general y reglamentario necesarias para desarrollar y aplicar la presente Ley.

§ 38

Ley 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud

Comunidad Autónoma de Cataluña
«DOGC» núm. 7401, de 29 de junio de 2017
«BOE» núm. 173, de 21 de julio de 2017
Última modificación: 30 de abril de 2020
Referencia: BOE-A-2017-8524

EL PRESIDENTE DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de Cataluña ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que establece el artículo 65 del Estatuto de autonomía de Cataluña, promulgo la siguiente Ley 9/2017, de 27 de junio, de Universalización de la Asistencia Sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud.

PREÁMBULO

El artículo 23.1 del Estatuto de autonomía de Cataluña establece que todas las personas tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad y gratuidad a los servicios sanitarios de responsabilidad pública, en los términos que se establecen por ley.

Con la aprobación de la Ley del Estado 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, se produjo un avance en la universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, que ha hecho que la casi totalidad de la población tenga garantizado el acceso a estos servicios sanitarios. En Cataluña, un momento decisivo del proceso de universalización fue la aprobación de la Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud. Sin embargo, a raíz de la crisis económica, el Estado ha adoptado algunas medidas legislativas que pueden ser consideradas una fractura de lo que debe ser un sistema nacional de salud fundamentado en el acceso universal.

Esta nueva ley tiene como objetivo alcanzar definitivamente la universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud, eliminar cualquier desigualdad que pueda haber entre las personas residentes en Cataluña, y cumplir de manera efectiva lo que establecen el mencionado artículo 23.1 del Estatuto de autonomía e, incluso, las normas internacionales sobre derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, que, en su artículo 25.1, establece que toda persona tiene, entre otros derechos, el derecho a la asistencia médica. En este sentido, cabe recordar que, con relación a la restricción del acceso a la asistencia sanitaria, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en mayo de 2012, ya instó a que la asistencia sanitaria abarcara a todas las personas residentes en un territorio, independientemente de su situación administrativa.

Así, la universalización de la asistencia sanitaria no es solo un deber moral ineludible, sino una obligación derivada de las normas internacionales, ya que estas, una vez aceptadas, tienen un valor jerárquico superior al que deben ajustarse las normas internas que regulan los derechos de las personas.

De acuerdo con todo ello, la presente ley establece que todas las personas residentes en Cataluña tienen derecho a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, mediante el Servicio Catalán de la Salud, culminando así la universalización de la asistencia sanitaria en Cataluña. Esta ley permite dar servicio a la totalidad de la población, sin exclusiones, en todos los ámbitos de la medicina –en medicina preventiva, curativa, rehabilitadora y paliativa y en promoción de la salud– y en todas las etapas de la vida.

La Ley dispone que la condición de residente debe acreditarse mediante el empadronamiento en un municipio de Cataluña, pero, teniendo en cuenta las circunstancias especiales de determinados colectivos, con carácter subsidiario y complementario, permite que la residencia pueda ser acreditada mediante otros criterios de arraigo que deben ser concretados y desarrollados por reglamento con el fin de hacer posible el acceso a la asistencia sanitaria pública a colectivos en riesgo de exclusión social, dada la diversidad de estos colectivos y la heterogeneidad y la variabilidad de sus circunstancias.

El efecto beneficioso de aumentar la cobertura con servicios sanitarios necesarios y de buena calidad está documentado por informes y estudios que demuestran que un mejor acceso a la asistencia sanitaria integral mejora la salud de toda la población, en beneficio, especialmente, de las personas más pobres. En este sentido, para asegurar que la universalidad sitúa a las personas en el centro del sistema, es necesario que este cuente con la atención primaria como uno de sus elementos nucleares, por los valores que aporta de equidad, sostenibilidad, seguridad y mejor atención a las necesidades de la persona y la comunidad.

La presente ley consta de cinco artículos, sobre el derecho universal a la asistencia sanitaria, las condiciones para acceder a ella, el contenido de la asistencia, el ámbito territorial y las medidas para garantizar y hacer efectivo su acceso. La parte final consta de siete disposiciones adicionales, las seis primeras sobre la condición de beneficiarios de determinados colectivos, la cobertura sanitaria de los catalanes residentes en el exterior y de los que trabajan fuera de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo, el resarcimiento de los gastos sanitarios en caso de fraude de ley y el análisis y la publicación de los datos sobre frecuentación sanitaria, y la séptima sobre los recursos para el pago del complemento a la pensión de los enfermeros y otros profesionales sanitarios del Instituto Catalán de la Salud que se prejubilaron antes de 2005; una transitoria sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia de las personas que no son beneficiarias del Sistema Nacional de Salud del Estado a la entrada en vigor; una derogatoria, y tres finales sobre el procedimiento para el reconocimiento del derecho de asistencia sanitaria, el desarrollo de la Ley y su entrada en vigor.

Artículo 1. *Derecho universal a la asistencia sanitaria.*

Todos los residentes en Cataluña, en los términos establecidos por la presente ley, tienen derecho a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, mediante el Servicio Catalán de la Salud.

Artículo 2. *Condiciones de acceso a la asistencia sanitaria.*

1. El acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud de las personas que tienen la condición de aseguradas o beneficiarias del Sistema Nacional de Salud del Estado debe ajustarse a lo establecido por la normativa sectorial específica que ha motivado el reconocimiento de dicha condición.

2. El acceso a la asistencia sanitaria pública mediante el Servicio Catalán de la Salud de las personas que no tienen la condición de aseguradas o beneficiarias del Sistema Nacional de Salud del Estado requiere que acrediten su residencia en Cataluña y que no tengan acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, mediante una entidad diferente del Servicio Catalán de la Salud.

3. A los efectos de la presente ley, se entiende por *residentes*:

a) Las personas empadronadas en un municipio de Cataluña.

b) Las personas que acrediten su arraigo en Cataluña mediante los criterios que se desarrollen por reglamento y que deben tener por objeto dar acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, a personas y colectivos en riesgo de exclusión social.

Artículo 3. *Contenido de la asistencia sanitaria.*

1. Todos los residentes en Cataluña que tienen derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud tienen derecho a las prestaciones fijadas en cada momento por los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud del Estado, de conformidad con el contenido que establezca la normativa sectorial específica.

2. Las personas que se encuentran en Cataluña y que no tienen la condición de residentes de acuerdo con el artículo 2.3, tienen derecho, en todo caso, a la asistencia sanitaria de urgencia, independientemente de su causa, y a la continuidad de esta atención hasta la situación de alta médica o remisión de la causa por la que han ingresado en el centro o han accedido al servicio o establecimiento sanitario, sin perjuicio de que estas personas o, en su caso, los terceros obligados legalmente o contractualmente a asumir los gastos deban hacerse cargo del pago del coste de la asistencia sanitaria recibida.

3. La asistencia sanitaria de urgencia a que se refiere el apartado 2 corre a cargo del Servicio Catalán de la Salud si no existe un tercero obligado legalmente o contractualmente a asumir los gastos correspondientes y la persona que ha recibido la asistencia acredita, de acuerdo con lo que se establezca por reglamento, la insuficiencia de recursos económicos para afrontarlos tomando como referencia el indicador de renta más favorable que determine el reglamento.

4. Las personas residentes en Cataluña que tienen derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos y que, de acuerdo con lo que se establezca por reglamento, se encuentran en situación de vulnerabilidad social o sanitaria o en situación de insuficiencia económica están exentas de realizar aportaciones en la prestación farmacéutica ambulatoria; en estos supuestos, el Servicio Catalán de la Salud asume la totalidad del gasto.

Artículo 4. *Ámbito territorial.*

Las personas que no tengan la condición de aseguradas o beneficiarias del Sistema Nacional de Salud del Estado, que acrediten su residencia en Cataluña y que no tengan acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, mediante otra entidad diferente del Servicio Catalán de la Salud tienen derecho únicamente a la asistencia sanitaria que se presta en el territorio de Cataluña.

Artículo 5. *Garantía del derecho de acceso a la asistencia sanitaria.*

1. El Servicio Catalán de la Salud debe elaborar y desarrollar un programa de formación dirigido al personal administrativo y sanitario de todos los centros, servicios y establecimientos del Servicio Catalán de la Salud para garantizar y hacer efectivo el derecho de acceso universal a la atención sanitaria en Cataluña en los términos establecidos por la presente ley.

2. Los centros, servicios y establecimientos públicos y concertados que prestan asistencia sanitaria deben exhibir la información sobre el derecho de acceso universal a la atención sanitaria de forma bien visible, clara, comprensible independientemente de la lengua de los posibles beneficiarios e inequívoca con relación al derecho de acceso a las prestaciones sanitarias contenidas en esta ley.

Disposición adicional primera. *Condición de asegurado y de beneficiario de determinados colectivos.*

La regulación que la presente ley hace del acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, mediante el Servicio Catalán de la Salud debe entenderse sin perjuicio de lo establecido, para determinados colectivos, por las disposiciones adicionales del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de

beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, y demás normas específicas aplicables.

Disposición adicional segunda. *Cobertura sanitaria de los catalanes residentes en el exterior.*

Las personas no residentes en Cataluña inscritas en el Registro de catalanes residentes en el exterior tienen derecho a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, mediante el Servicio Catalán de la Salud durante su estancia temporal en Cataluña en caso de no existir un tercero obligado legalmente o contractualmente a asumir los gastos correspondientes, de acuerdo con lo que se establezca por reglamento.

Disposición adicional tercera. *Reconocimiento del derecho de asistencia sanitaria a los trabajadores residentes en Cataluña que trabajan fuera de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo.*

El derecho a la asistencia sanitaria de las personas empadronadas en algún municipio de Cataluña y que trabajan fuera de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo y de sus beneficiarios tiene el mismo contenido, la misma extensión y el mismo régimen jurídico que el derecho de los titulares a los que se refiere el artículo 2.

Disposición adicional cuarta. *Resarcimiento de gastos de asistencia sanitaria en caso de fraude de ley.*

Las personas que no tengan la condición de aseguradas o beneficiarias del Sistema Nacional de Salud del Estado y que, en virtud de la presente ley, tengan acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, mediante el Servicio Catalán de la Salud deben resarcir los gastos de la asistencia sanitaria recibida si se acredita que su acceso se hizo en fraude de ley.

Disposición adicional quinta. *Análisis y publicación de datos sobre la frecuentación sanitaria.*

El Gobierno, con el objetivo de elaborar políticas públicas que den respuesta a las necesidades de la sociedad, con carácter anual, debe recoger los datos sobre la frecuentación sanitaria, hacer un análisis y publicarlos, también anualmente, desagregados por situación administrativa de las personas y por sexo, de acuerdo con las recomendaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, para incorporar la perspectiva de género en las políticas de salud y reducir las desigualdades entre mujeres y hombres en este ámbito.

Disposición adicional sexta. *Seguimiento de los programas sanitarios sobre la base de la situación epidemiológica.*

Los servicios sanitarios deben seguir, de un modo especial, los programas sanitarios de interés para la salud pública que determine el departamento competente en materia de salud sobre la base de la situación epidemiológica en Cataluña.

Disposición adicional séptima. *Profesionales sanitarios del Instituto Catalán de la Salud.*

El Gobierno, dentro de las disponibilidades presupuestarias para el 2017, debe destinar los recursos necesarios para el pago del complemento a la pensión de los enfermeros y otros profesionales sanitarios del Instituto Catalán de la Salud que se prejubilaron antes de 2005.

Disposición adicional octava. *Trasplantes.*

Los requisitos y el período mínimo para que las personas extranjeras incluidas en el artículo 2.2 puedan acceder a la lista de espera de trasplantes se rige por la normativa específica de trasplantes.

Disposición transitoria. *Reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas que no tienen la condición de aseguradas o beneficiarias del sistema nacional de salud del Estado con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley.*

Las personas que a la entrada en vigor de la presente ley no tienen la condición de aseguradas o beneficiarias del Sistema Nacional de Salud del Estado pero tienen reconocido el acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, mediante el Servicio Catalán de la Salud pueden seguir disfrutando de dicha asistencia en las mismas condiciones y acogerse, asimismo, a la universalización que establece esta ley, si cumplen los requisitos correspondientes.

Disposición derogatoria.

Se derogan:

a) La Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud.

b) Las disposiciones que se opongan a lo que establece la presente ley o la contradigan.

Disposición final primera. *Procedimientos para el reconocimiento del derecho de asistencia sanitaria.*

1. El procedimiento para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria pública mediante el Servicio Catalán de la Salud a las personas que no tengan la condición de aseguradas o beneficiarias del Sistema Nacional de Salud del Estado, así como el documento acreditativo de este derecho, deben establecerse por reglamento.

2. El procedimiento a que se refiere el apartado 1 debe establecerse de forma que se garantice el derecho a la asistencia sanitaria de urgencia que tienen reconocido las personas a que se refiere el artículo 3.2, desde el momento de presentar la solicitud.

3. En el procedimiento a que se refiere el apartado 1 las personas interesadas pueden entender que su solicitud ha sido estimada por silencio administrativo, en el plazo de tres meses a contar desde la fecha de la presentación de la solicitud, sin perjuicio de la obligación de la Administración de dictar resolución expresa.

Disposición final segunda. *Aplicación y desarrollo.*

El Gobierno, en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la presente ley, debe aprobar las disposiciones que sean necesarias para su desarrollo y ejecución y adoptar las medidas necesarias y pertinentes con la misma finalidad.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

La presente ley entra en vigor el mismo día de su publicación en el «Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya».

§ 39

Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura

Comunidad Autónoma de Extremadura
«DOE» núm. 78, de 7 de julio de 2005
«BOE» núm. 180, de 29 de julio de 2005
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2005-13022

EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

Sea notorio a todos los ciudadanos que la Asamblea de Extremadura ha aprobado y yo, en nombre del Rey, de conformidad con lo establecido en el artículo 49.1 del Estatuto de Autonomía, vengo a promulgar la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece la atribución de competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Para el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, el artículo 8.4 del Estatuto de Autonomía confiere a la Comunidad Autónoma de Extremadura competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, en el marco de la legislación básica del Estado. Y, en este sentido, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el Capítulo Primero, «De los principios generales», contempla en su artículo 9 el deber de los poderes públicos de informar a los usuarios de los servicios del Sistema Sanitario Público o vinculados a él, de sus derechos y deberes, y en el apartado 2 del artículo 10, relativo a los derechos de los ciudadanos con respecto a las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, establece el derecho a la información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. Por otra parte, la citada Ley recoge en su artículo 18, entre las actuaciones sanitarias que deben desarrollar las Administraciones Públicas a través de sus Servicios de Salud y de los Organismos competentes en cada caso, el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

II

En el referido marco competencial se promulgó la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, que «tiene como finalidad la atención sanitaria al ciudadano», tal y como se establece en su Exposición de Motivos, «y la regulación de cuantas actividades, servicios y prestaciones, públicos o privados, determinen la efectividad del derecho constitucional de la protección de la salud», bajo los principios rectores establecidos en su artículo 3, entre los

que se contemplan, «la superación de los desequilibrios... en la prestación de los servicios» [art. 3.h)], «igualdad efectiva en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias» [art. 3.b)] y la «mejora continua de la calidad de los servicios y prestaciones» [art. 3.g)]. Este último principio aparece reiterado a lo largo de toda la Ley como actividad esencial a desarrollar por el Sistema Sanitario Público de Extremadura a través de las Administraciones Públicas en el ámbito de sus respectivas competencias, como se puede apreciar en los artículos 40, 42 y 46 de la citada Ley de Salud.

También se recoge en la precitada Ley extremeña, en su artículo 11.c), y en consonancia con lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, entre los derechos reconocidos a los ciudadanos respecto al Sistema Sanitario, el derecho a la información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

La figura del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura se crea en el Capítulo V del Título I de la citada Ley de Salud de Extremadura, como órgano encargado de la defensa de los derechos de aquellos. En su desarrollo reglamentario, el Decreto 4/2003, de 14 de enero, por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento de este órgano, se destacan entre sus funciones, las de instar el eficaz cumplimiento del deber de información y asesoramiento a los usuarios del Sistema Sanitario Público, de sus derechos y deberes sanitarios, y de los servicios y prestaciones sanitarias a las que pueden acceder, así como cualquier otra que le sea atribuida en el ámbito de la mejora de la calidad de las prestaciones sanitarias y el acceso de los usuarios a las mismas.

Por último, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece en su artículo 25 que las Comunidades Autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios, y en todo caso dentro de los criterios marco que se aprueben en el seno del Consejo Interterritorial, excluyéndose de dicha garantía lo relativo a trasplante de órganos y tejidos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe.

El cumplimiento del imperativo formulado en la citada Ley 16/2003, de 28 de mayo, y la necesidad de promover la mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios y en la asistencia sanitaria, requiere una normativa que regule expresamente el tiempo de espera de los ciudadanos para recibir la atención sanitaria especializada que requieren.

Aunque en Extremadura, el desarrollo alcanzado por el Sistema Sanitario Público en los últimos años ha determinado que prácticamente todos los problemas de salud de los ciudadanos puedan ser atendidos con altos niveles de calidad y seguridad, especialmente aquellos calificados como urgentes, se dan otros casos menos graves pero que producen dolor, molestias importantes, riesgos a largo plazo, que tienen que esperar a veces más tiempo del que social y científicamente es deseable. Dichas situaciones, si bien no suceden en el ámbito de la atención primaria en el que los ciudadanos gozan de un alto nivel de accesibilidad, sí pueden darse en el de la atención especializada que, por sus características estructurales y alta complejidad de los procesos sobre los que ejerce su actuación, sí puede exceder en su respuesta de dichos tiempos idóneos originando lo que socialmente supone el problema de la lista de espera.

III

Mediante la presente Ley se pretende hacer efectivo el derecho a la atención sanitaria especializada cuando ésta tenga carácter programado y no urgente, garantizando unos plazos máximos de respuesta en la atención quirúrgica, pruebas diagnósticas y acceso a primeras consultas externas en el Sistema Sanitario Público de Extremadura. No obstante, si pese a las mejoras referidas se rebasasen los tiempos máximos de respuesta previstos, esta Ley establece asimismo una garantía adicional para asegurar a los ciudadanos la intervención requerida a través de centros privados de carácter concertado con el Servicio Extremeño de Salud, en virtud de la colaboración prevista en el Capítulo V del Título V de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, garantía más efectiva mediante esta fórmula por cuanto la Comunidad Autónoma de Extremadura no dispone, en la actualidad, de un tejido sanitario de carácter privado suficiente para que el ciudadano disponga libremente de él y le permita, de acuerdo al espíritu de esta Ley, la efectividad de la prestación sanitaria que requiere, lo que implica un mayor compromiso por la sanidad pública, dado que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 29 de la citada Ley 10/2001,

constituyen parte integrante del Sistema Sanitario Público de Extremadura los centros, establecimientos y servicios sanitarios que se adscriban al mismo mediante concierto.

Por otra parte, el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, obliga en su artículo 2 a que las Comunidades Autónomas dispongan de un sistema de información sobre las listas de espera en consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas, en cuya elaboración deberán tener en cuenta las previsiones reguladas en el citado Real Decreto.

IV

Según lo expuesto, el Título Preliminar marca las finalidades y las directrices a las que la consecución de esos objetivos responde.

V

El Título I de la Ley establece su objeto y ámbito personal de aplicación, enumerando los principios rectores que presidirán todas las actuaciones orientadas al cumplimiento de su finalidad.

VI

El Título II regula un sistema de garantías de respuesta, en el ámbito del Sistema Sanitario Público, en la atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, consistente en el establecimiento de tiempos máximo de acceso en lo referido a primeras consultas externas, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas/terapéuticas, y permitiendo al usuario, en caso de superación de los plazos previstos, la libre elección de un centro sanitario de entre los ofertados al efecto por el Servicio Extremeño de Salud.

VII

Por su parte, el Título III, bajo el epígrafe «Sistema de Información sobre Lista de Espera», prevé el derecho de los ciudadanos de acceder a las listas de espera constituidas en los distintos centros y servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura y la creación del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura, como instrumento de control y gestión de la demanda de atención sanitaria especializada programada y no urgente.

VIII

En la parte final, se recogen diversas previsiones que, por razones de técnica legislativa, no se consideran susceptibles de inclusión en los títulos anteriormente aludidos.

TÍTULO PRELIMINAR

Artículo 1. *Finalidad de la Ley.*

En la presente Ley se establecen las medidas necesarias para asegurar a los ciudadanos un tiempo de respuesta en la atención sanitaria especializada científica y socialmente aceptable para los problemas de salud.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 2. *Objeto y ámbito.*

1. La presente Ley tiene por objeto establecer tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en lo referido a

actividad quirúrgica, acceso a primeras consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, disponiendo, a tal fin, los instrumentos necesarios para satisfacer, bajo los principios de transparencia, eficacia, participación, información, optimización de recursos e inmediatez, la prioridad de dicha atención.

2. Asimismo, constituye su objeto el establecimiento de un sistema de información sanitaria en materia de listas de espera para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas.

3. No serán de aplicación las disposiciones de la presente norma al ámbito de la atención primaria. Asimismo, en el nivel de atención especializada, quedan excluidas del ámbito de aplicación de esta Ley las intervenciones quirúrgicas de extracción y trasplante de órganos y tejidos.

4. Igualmente, los procedimientos que se deban aplicar a procesos que requieran atención urgente no se incluirán en lista de espera y serán atendidos con dicho carácter.

Artículo 3. *Beneficiarios.*

1. De conformidad con lo dispuesto en el apartado a) del artículo 2 de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, serán beneficiarios de las garantías establecidas en esta Ley todos los extremeños y residentes en cualquiera de los municipios de Extremadura, con independencia de su situación legal y administrativa. Los no residentes gozarán de los mismos derechos en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los Convenios nacionales e internacionales que sean de aplicación.

2. En todo caso, es requisito indispensable para ser beneficiario de las garantías previstas en la presente norma, que las personas referidas en el apartado anterior se encuentren inscritas en el Registro de pacientes en lista de espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura, previsto en el artículo 11 de la presente norma.

TÍTULO II

Tiempos de respuesta

Artículo 4. *Plazos máximos de respuesta.*

1. Los pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura, serán atendidos dentro de los plazos que se expresan a continuación:

180 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas.
60 días naturales para acceso a primeras consultas externas.
30 días naturales para la realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas.

2. Los citados plazos se contarán en días naturales a partir de la inclusión del paciente en el Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura. La normativa de desarrollo de esta Ley, al regular el Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura contemplará, entre otros extremos, los modos, maneras y, especialmente, el momento de inclusión del paciente en dicho Registro.

3. Sin perjuicio de los plazos máximos previstos en el apartado 1 del presente artículo, se deberán respetar los criterios de priorización de pacientes en lista de espera en primeras consultas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas que se establezcan reglamentariamente sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 3.1 del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 5. *Sistema de garantías.*

1. Si se prevé que el paciente no podrá ser asistido, dentro de los plazos señalados en el artículo anterior, en el centro que proceda atendiendo a lo dispuesto en la normativa vigente, la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria del Servicio Extremeño

de Salud, podrá ofertarle al efecto otros centros del Sistema Sanitario Público de Extremadura, incluidos los de otras áreas sanitarias distintas al centro de procedencia, que estime adecuados, al objeto de cumplir con los tiempos máximos de respuesta establecidos.

2. En caso de que, aun habiéndose hecho uso de la facultad prevista en el apartado anterior, se superen los plazos máximos de respuesta establecidos, el paciente podrá requerir de la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria del Servicio Extremeño de Salud, a través del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, la atención sanitaria que precise en un centro sanitario de su elección de entre los privados ofertados, al efecto, por la misma, de carácter concertado con el Servicio Extremeño de Salud.

3. En el supuesto previsto en el apartado anterior, el Servicio Extremeño de Salud estará obligado al pago de los gastos derivados de dicha atención sanitaria al centro elegido, en las condiciones económicas que se establezcan reglamentariamente, y en el que se tomará como referencia el coste de los servicios sanitarios concertados.

4. El rechazo por el usuario de la oferta de atención sanitaria que, de acuerdo a los puntos anteriores, pueda hacer el Servicio Extremeño de Salud en otro centro propio o concertado, no supondrá para el paciente ninguna demora añadida en el centro sanitario correspondiente para la atención sanitaria especializada que motivó su ingreso en el Registro de Pacientes en Lista de Espera.

Artículo 6. *Pérdida de las garantías.*

Quedarán sin efecto las garantías de respuesta reguladas en la presente Ley si el usuario, una vez requerido para su atención sanitaria de forma fehaciente en el domicilio señalado al efecto en el Registro, o en la forma prevista en la normativa vigente, se negara o no hiciese acto de presencia a la citación correspondiente o voluntariamente demorara la intervención, prueba diagnóstica/terapéutica o primera consulta externa, en el centro que indicó la misma o en otro centro que se le oferte, salvo que concurra cualquiera de las circunstancias previstas en el artículo siguiente y así se justifique.

Artículo 7. *Circunstancias justificativas de la incomparecencia del usuario.*

A los efectos del artículo anterior, se considera causa justificada y no se perderá la garantía de respuesta cuando la incomparecencia sea debida a alguna de las siguientes circunstancias relacionadas con el usuario, en los plazos que se prevén para cada una de ellas, debidamente acreditadas por los medios que legalmente procedan ante la autoridad sanitaria:

a) Nacimiento de hijo o nieto o adopción de hijo, durante los cuatro días siguientes a la producción de la circunstancia que concurra.

b) Matrimonio o inscripción en el Registro de Parejas de Hecho de la Comunidad Autónoma de Extremadura, durante el día anterior y los quince posteriores al hecho causante.

c) Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo por afinidad, ambos inclusive, cónyuge o persona vinculada por análoga relación afectiva, durante los cuatro días siguientes a la producción de la circunstancia que concurra.

d) Cumplimiento de un deber inexcusable, de carácter personal, durante los días que resulten indispensables para atenderlo.

e) Fuerza mayor, desde la producción de la circunstancia considerada como fuerza mayor hasta su desaparición.

Artículo 8. *Suspensión de los plazos máximos de respuesta.*

1. Cuando, según criterio facultativo, por circunstancias derivadas de su proceso asistencial o sobrevenidas al mismo, no fuese conveniente realizar la intervención quirúrgica prevista, la prueba diagnóstica/terapéutica, o el acceso a la primera consulta externa, el cómputo de los plazos máximos quedará en suspenso hasta que se resuelvan las incidencias surgidas.

2. El médico responsable de la asistencia al paciente deberá dejar constancia razonada de las circunstancias que concurran en cada caso y del plazo previsto de suspensión en la historia clínica, así como dar traslado de dicha información al Registro de pacientes en lista de espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

3. En todo caso, y sin perjuicio de lo dispuesto anteriormente, son causas de suspensión temporal del cómputo de los plazos máximos de respuesta previstos en esta Ley, las siguientes:

Acontecimientos catastróficos, tales como terremotos, inundaciones, incendios u otras situaciones similares.

Guerras, revueltas u otras alteraciones del orden público.

Epidemias.

Huelgas.

Disfunciones y averías de orden técnico que afecte a uno o más centros o servicios sanitarios.

Artículo 9. *Gastos de desplazamiento.*

Los gastos de desplazamiento de un enfermo que, una vez superado el plazo máximo de respuesta en los supuestos previstos en esta Ley, precise recibir atención sanitaria especializada, programada y no urgente, en el centro privado de carácter concertado que hubiera elegido de conformidad con lo previsto en el artículo 5.2 de esta Ley y que radique en un Área de Salud distinta a la de su domicilio habitual serán abonados por el Servicio Extremeño de Salud de acuerdo con las tarifas recogidas en la normativa vigente.

TÍTULO III

Sistema de información sobre lista de espera

Artículo 10. *Información sobre listas de espera.*

1. El Servicio Extremeño de Salud facilitará información semestral, a la que podrán tener acceso todos los ciudadanos, sobre el número de pacientes que figuran en las listas de espera quirúrgica y de acceso a consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas, en los distintos centros y servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

2. Asimismo, el Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura comparecerá, anualmente, ante la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Extremadura para informar sobre la lista de espera en el ámbito de dicho Sistema.

Artículo 11. *Registro de pacientes en lista de espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura.*

1. Para el control y gestión de la demanda de intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas/terapéuticas, y de acceso a consultas externas de atención especializada, se crea el Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura, que funcionará en los centros hospitalarios de dicho Sistema.

2. El Registro es único en la Comunidad Autónoma de Extremadura, si bien la gestión del mismo se llevará de manera descentralizada por cada uno de los centros hospitalarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

3. El Registro estará adscrito al Servicio Extremeño de Salud.

4. El contenido, organización y funcionamiento del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura, se establecerá reglamentariamente, debiéndose respetar lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, así como en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Disposición adicional primera. *Plazos inferiores de respuesta.*

El Consejo de Gobierno, mediante Decreto, podrá establecer plazos máximos de respuesta de duración inferior a los regulados en el artículo 4 de la presente Ley.

Disposición adicional segunda. *Suspensión del cómputo de plazos.*

La suspensión del cómputo de los plazos máximos de respuesta previstos en esta Ley por las causas establecidas en el apartado 3 del artículo 8 de la misma, se acordará por Orden del titular de la Consejería de Sanidad y Consumo. La suspensión de plazos producirá efectos a partir de la entrada en vigor de la citada Orden.

Disposición adicional tercera. *Registro de pacientes en lista de espera.*

Reglamentariamente se determinará la puesta en funcionamiento del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura. Aprobada la norma por la que se regule el Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura, se posibilitará la inscripción de oficio en el mismo de todos aquellos pacientes que, a la entrada en vigor de la misma, estén en espera de primera consulta externa, prueba diagnóstica/terapéutica o intervención quirúrgica.

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas todas las disposiciones anteriores de igual o inferior rango, que se opongan a lo previsto en la presente Ley.

Disposición final primera. *Procedimiento.*

Mediante Decreto del Consejo de Gobierno se regulará el procedimiento para hacer efectivos los tiempos máximos de respuesta y el sistema de garantías previsto en esta Ley.

Disposición final segunda. *Desarrollo reglamentario.*

La Junta de Extremadura, en el plazo de 6 meses a partir de la entrada en vigor de esta Ley, llevará a cabo el desarrollo reglamentario previsto en la misma.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Diario Oficial de Extremadura».

§ 40

Ley 12/2013, de 9 de diciembre, de garantías de prestaciones sanitarias

Comunidad Autónoma de Galicia
«DOG» núm. 2, de 3 de enero de 2014
«BOE» núm. 25, de 29 de enero de 2014
Última modificación: 7 de enero de 2015
Referencia: BOE-A-2014-886

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1

La protección de la salud y la atención sanitaria de los ciudadanos constituyen el objetivo común de la política sanitaria. Con esta finalidad se reconocen a los pacientes un conjunto de derechos específicos que tienen como elemento de unión el mandato establecido en el artículo 43 de la Constitución española de 1978.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, estableció un sistema sanitario en el que se definían, brevemente, un grupo de derechos y deberes de los usuarios. Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de salud, estableció el derecho de los ciudadanos a recibir asistencia sanitaria en un tiempo máximo y a disponer, si ese es su deseo, de una segunda opinión médica sobre su proceso, estableciendo al mismo tiempo diversas garantías en relación con las prestaciones sanitarias.

Por último, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece, en el marco de la autonomía del paciente, su derecho a otorgar un documento de instrucciones previas en que queden reflejados los deseos del paciente ante una situación futura que impida que este los manifieste.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, el Estatuto de autonomía establece como competencia propia el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica en materia de sanidad interior. Como consecuencia de esta competencia han sido aprobadas diversas normas legales, entre las que cabe señalar la Ley 1/1989, de 2 de enero, de creación del Servicio Gallego de Salud; la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes; y la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.

Es precisamente esta última ley la que contempla en el capítulo II del título I, denominado «Derechos y deberes sanitarios de la ciudadanía», un amplio abanico de derechos que habrán de concretarse, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, mediante normas e instrumentos jurídicos que regulen su alcance, desarrollo y contenido.

Añade el mencionado artículo que las actuaciones que se lleven a cabo en este sentido habrían de estar dirigidas, de forma primordial, a velar por el efectivo cumplimiento de los derechos, deberes y garantías sanitarias.

2

La presente ley tiene como objetivo otorgar las garantías necesarias a los usuarios del Sistema público de salud de Galicia para el ejercicio de los derechos de atención sanitaria en los plazos establecidos, la libre elección de médico de familia, pediatra y personal de enfermería, así como de centro hospitalario, la solicitud de una segunda opinión médica y la formulación de las instrucciones previas y de información de los derechos, deberes, servicios y programas del Sistema público de salud de Galicia.

La Ley 8/2008, de 10 de julio, establece, entre los derechos relacionados con la prestación de servicios sanitarios por parte del Sistema público de salud de Galicia, el de obtener una garantía de demoras máximas, de forma que determinadas prestaciones sanitarias financiadas públicamente sean dispensadas en unos plazos previamente definidos y conocidos por los usuarios.

Se establece, por tanto, la facultad de los pacientes de recibir una respuesta sanitaria a su problema de salud en tiempo y forma, y que es responsabilidad de la Administración sanitaria conjugar el derecho del paciente con las necesidades de programación de la asistencia médica, de forma que se garantice un acceso suficiente, permanente y universal, sin discriminación ni arbitrariedad, a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad.

En este sentido, el tiempo de respuesta del Sistema público de salud de Galicia debe conjugar, de acuerdo con los dictados de la Unión Europea, la necesidad objetiva del paciente en atención a la situación de su estado de salud y la posible evolución de su enfermedad con la necesidad de hacer un uso correcto y eficiente de los recursos existentes.

No obstante, el objetivo de la Administración sanitaria no puede consistir únicamente en reducir el tiempo global de espera de los pacientes, sino que, además, debe garantizar que cada programación se realiza de forma personalizada en atención a la situación sanitaria y el contexto social de cada usuario.

Por ello, las estrategias de gestión de la espera de los pacientes han de estar basadas en la indicación establecida por el profesional sanitario, la priorización de los pacientes en función de su gravedad y la efectividad de la atención sanitaria, así como en el resultado previsible en cada intervención planificada. Con la presente ley se consolida la gestión de los tiempos de respuesta teniendo en cuenta la gravedad de los procesos, priorizando la atención al paciente de acuerdo con su estado de salud y la gravedad de su proceso de enfermedad.

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Galicia estima necesario establecer recomendaciones para homogeneizar los criterios de indicación de intervenciones quirúrgicas, consultas y pruebas diagnósticas y terapéuticas, y establecer, asimismo, nuevos sistemas de evaluación que permitan difundir los resultados de la gestión sanitaria y desarrollar instrumentos que identifiquen prioridades de resolución en términos clínicos, sociales y funcionales.

Y todo ello reforzado con la introducción de nuevos objetivos en los acuerdos de gestión vinculados a incentivos que permitan una implicación mayor, si cabe, de los profesionales de la sanidad y con un sistema de garantía de las prestaciones que se establece para el caso de que el sistema no pudiera dar respuesta adecuada en los tiempos de espera establecidos.

3

La libre elección de médico de familia, profesional de enfermería y pediatra es un derecho que se sustenta en los principios de libertad del paciente, equidad en el acceso a las prestaciones y participación de los ciudadanos, así como en la eficacia y transparencia del sistema sanitario, al cual hay que unir la elección del centro hospitalario. Hacer efectivo este derecho, dentro de los parámetros que permitan una planificación racional de los recursos y mediante el uso de mecanismos transparentes que aseguren una aplicación

eficaz en tiempo y forma, va a contribuir a la mejora del Sistema público de salud de Galicia, a impulsar y garantizar la equidad en salud y la igualdad de trato y a una mejor identificación del ciudadano con el propio sistema. La libre elección que se establece en la presente ley no puede abarcar la atención domiciliaria ni la atención de urgencia. Tanto una como la otra están basadas en la atención inmediata a los pacientes, sea por la imposibilidad de desplazamiento o por la necesidad de atención en el menor tiempo posible, por lo que no es operativa la elección en esta materia sin poner en riesgo la salud de los usuarios.

La solicitud de una segunda opinión médica cuando se produce el diagnóstico de una enfermedad de pronóstico fatal o incurable, o que comprometa gravemente la calidad de vida, es un derecho del paciente que aparece contemplado en la Ley 16/2003, de 28 de mayo. La Ley de Galicia 8/2008, de 10 de julio, se limita a establecer como un derecho relacionado con la autonomía de decisión del usuario la segunda opinión médica, que tendrá como objetivo fortalecer la relación médico-paciente y complementar las posibilidades de atención sanitaria.

En la presente ley se garantiza la posibilidad de solicitar una segunda opinión médica, en los supuestos establecidos, y se concreta el reconocimiento por ley de este derecho, a la vez que se amplía la regulación mínima establecida en la Ley 8/2008, de 10 de julio.

El derecho del paciente a manifestar anticipadamente su voluntad en un documento de instrucciones previas para el momento en que no pueda manifestarlas viene establecido originalmente en la Ley de Galicia 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Por su parte, la Ley 8/2008, de 10 de julio, se limita de nuevo a hacer una referencia al derecho en relación con el consentimiento informado por sustitución.

Por la presente ley se garantiza el derecho a la manifestación de las instrucciones previas del paciente, que serán tenidas en cuenta por el personal sanitario en el marco de lo establecido en la legalidad vigente.

El derecho a la información sobre los derechos y deberes de los pacientes en el ámbito sanitario es fundamental para que los recursos disponibles puedan utilizarse de forma eficaz y eficiente. Los usuarios deben conocer en todo momento los derechos que les asisten y al mismo tiempo deben asumir el cumplimiento de los deberes que se establecen para mantener la eficacia de las garantías.

4

En relación con el contenido de la ley, su capítulo I establece el objeto, los beneficiarios y algunas definiciones para mejor conocimiento de los términos utilizados en la misma. La expresión más importante de este capítulo se establece en el alcance de las garantías referidas a la demora máxima de tiempos de espera y a la libre elección de médicos de familia, pediatras y personal de enfermería y centro hospitalario y en la garantía de una segunda opinión médica.

El capítulo II de la ley se refiere a la regulación concreta de los tiempos de respuesta, el sistema de garantías, las obligaciones de los pacientes y los supuestos de suspensión y pérdida de la garantía.

El capítulo III se refiere a los supuestos del ejercicio de la libre elección de médico de familia, profesional de enfermería y pediatra, así como de centro hospitalario.

Por su parte, el capítulo IV establece la garantía de la segunda opinión médica y el ejercicio de este derecho por los pacientes, y el capítulo V se refiere a la garantía del otorgamiento de las instrucciones previas, facilitando al paciente la formalización del documento que contenga su voluntad al establecer un tercer supuesto, ya contemplado en otras normas autonómicas, al posibilitar el otorgamiento del documento ante el funcionario o empleado público encargado del Registro Gallego de Instrucciones Previas.

Por último, el capítulo VI, relativo a la información, contempla las garantías que se establecen para que la información que se facilite al paciente le permita el conocimiento de su situación con respecto al tiempo de espera y a los recursos disponibles para la atención sanitaria.

Se establece, asimismo, el derecho del paciente a recibir información personalizada sobre el proceso de su enfermedad y se crea el Registro de Pacientes en Espera, adscrito al Servicio Gallego de Salud.

El anteproyecto de ley fue sometido al preceptivo dictamen del Consejo Económico y Social de Galicia y del Consejo Gallego de Salud.

Por todo lo expuesto, el Parlamento de Galicia aprobó y yo, de conformidad con el artículo 13º.2 del Estatuto de Galicia y con el artículo 24º de la Ley 1/1983, de 22 de febrero, reguladora de la Xunta y de su Presidencia, promulgo en nombre del Rey, la Ley de inclusión de garantías de prestaciones sanitarias.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.*

La presente ley tiene por objeto establecer un sistema de garantías de prestaciones sanitarias en relación con los siguientes derechos:

a) Derecho a que la atención sanitaria en el ámbito hospitalario del Sistema público de salud de Galicia, de carácter programado y no urgente, financiada públicamente, sea dispensada de acuerdo con unas demoras máximas en los tiempos de respuesta.

b) Derecho a la libre elección de médico de familia, pediatra y profesional de enfermería, así como de hospital o complejo hospitalario.

c) Derecho a disponer de una segunda opinión médica.

d) Derecho a manifestar las instrucciones previas.

e) Derecho a la información sobre los derechos y deberes en relación con las prestaciones sanitarias.

Artículo 2. *Alcance.*

1. La presente ley será de aplicación en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia.

2. El alcance de cada una de las garantías de los derechos que se reconocen a los usuarios se establece en el capítulo correspondiente de la presente ley.

Artículo 3. *Definiciones.*

A los efectos de la presente ley, se entenderá por:

a) Tiempo máximo de acceso: plazo de tiempo, expresado en días naturales, que no podrá excederse para la realización de una intervención quirúrgica, atender en consultas externas o realizar una prueba diagnóstica o terapéutica a un usuario del Sistema público de salud de Galicia. Dicho plazo se computará desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo, que se corresponderá con la fecha de entrada en el registro de espera.

b) Garantía de tiempo máximo de acceso: compromiso adquirido por el Servicio Gallego de Salud que supone atender al usuario con las adecuadas condiciones de calidad, dentro del tiempo máximo de acceso establecido en su ámbito, que en ningún caso excederá de lo previsto en la normativa estatal vigente.

c) Pérdida de la garantía: situación que da lugar a que quede sin efecto, para un determinado usuario y proceso, la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del Servicio Gallego de Salud.

d) Suspensión de la garantía: situación provisional en que queda suspendida de manera transitoria y en tanto persistan las causas que motiven tal situación la garantía del tiempo máximo de acceso establecida por el Servicio Gallego de Salud.

e) Segunda opinión médica: la emisión de un informe en que conste el diagnóstico o la propuesta terapéutica de un paciente afectado por alguna de las enfermedades establecidas en el alcance de las garantías, y realizado por un profesional diferente del que emitió el primer diagnóstico o propuesta terapéutica. Su finalidad es contrastar un primer diagnóstico completo o una propuesta terapéutica que ayude al paciente a tomar una decisión entre las opciones clínicas disponibles.

Artículo 4. *Beneficiarios.*

1. Serán beneficiarios de las garantías establecidas en la presente ley las personas titulares de los derechos a la protección de la salud y la atención sanitaria establecidos en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de salud, y que hayan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública, con arreglo a la normativa vigente.

2. En todo caso, será requisito indispensable para ser beneficiario de las garantías previstas en el apartado a) del artículo 1 de la presente ley que las personas a que se refiere el punto anterior estén inscritas en el Registro de Pacientes en Espera del Sistema público de salud de Galicia.

CAPÍTULO II

Tiempos máximos de acceso y sistema de garantías

Artículo 5. *Fijación de tiempos máximos de acceso.*

1. Los pacientes que requieran atención sanitaria hospitalaria, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del Sistema público de salud de Galicia, y para los procedimientos y situaciones clínicas que así se determinen en el desarrollo reglamentario de la presente ley, tendrán garantizada esa atención en los tiempos máximos que se indican:

a) 60 días en las intervenciones quirúrgicas.
b) 45 días en las consultas externas.
c) 45 días en las pruebas diagnósticas y/o terapéuticas.

2. El Servicio Gallego de Salud implantará un sistema de clasificación en prioridades basado en aspectos clínicos, funcionales y sociales del paciente, y desarrollará instrumentos que aseguren su aplicación homogénea en su ámbito territorial.

3. Las situaciones clínicas en que se aplicarán los tiempos máximos de espera se regirán por los siguientes criterios:

a) Gravedad de las patologías motivo de la atención: patologías que en su evolución posterior originan riesgo de muerte o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida.

b) Efectividad de la atención sanitaria: actuaciones que aumenten la supervivencia, disminuyan la discapacidad o mejoren la calidad de vida del usuario.

c) Oportunidad de la atención sanitaria: actuaciones tempranas que favorezcan la recuperación de la funcionalidad o eviten la progresión de la enfermedad o sus secuelas.

4. El Servicio Gallego de Salud establecerá los tiempos máximos de los procedimientos y situaciones clínicas garantizadas en función de la prioridad asignada por el facultativo, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el punto anterior, y establecerá los procedimientos necesarios para asegurar su aplicación homogénea en los centros hospitalarios.

5. Los tiempos a que se refiere el punto 1 se contarán en días naturales a partir de la fecha de entrada en el Registro de Pacientes en Espera del Sistema público de salud de Galicia, en los términos previstos en la presente ley.

6. A los efectos de lo establecido en el punto 1, las consultas externas y las pruebas diagnósticas y terapéuticas se entenderán referidas a un problema de salud nuevo y que no tenga la consideración de revisión.

Téngase en cuenta que el Consello de la Xunta de Galicia, mediante decreto publicado únicamente en el Diario Oficial de Galicia, podrá adaptar los tiempos máximos de acceso, según establece la disposición final 1.

Artículo 6. *Exclusiones.*

1. Lo establecido en el presente capítulo no será de aplicación a los pacientes cuya intervención quirúrgica o prueba diagnóstica y/o terapéutica sea programada y realizada durante el episodio de hospitalización en que se estableciese la indicación.

2. Quedan excluidas, igualmente, de lo establecido en este capítulo:

a) Las intervenciones quirúrgicas de carácter urgente, incluyendo los reimplantes de miembros y la atención a quemados.

b) Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, de conformidad con lo previsto en el artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

c) Las intervenciones quirúrgicas que no estén incluidas en la cartera de servicios del Sistema nacional de salud, regulada por el Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, o normativa que lo sustituya.

d) Las intervenciones que pudieran requerir una espera para las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

e) La atención sanitaria diferente a la que originó la inclusión del usuario en el Registro de Pacientes en Espera.

Artículo 7. *Sistema de garantías.*

1. Cualquier petición de consulta, prueba diagnóstica y/o terapéutica o intervención quirúrgica será registrada por el Servicio Gallego de Salud, tras lo cual el paciente quedará inscrito en el Registro de Pacientes en Espera, de conformidad con lo señalado en los artículos 29 y 30 de la presente ley.

2. El Servicio Gallego de Salud ofertará al paciente la realización de la prestación en el centro de la red pública que haya escogido de acuerdo con lo señalado en el artículo 12 de la presente ley.

3. En caso de que la espera prevista superase el tiempo máximo establecido para la prestación de la asistencia sanitaria, el Servicio Gallego de Salud habrá de ofertar la realización de la prestación en otro centro de la red pública o en un centro concertado.

4. Si el paciente no recibiera una oferta para ser atendido en el tiempo máximo establecido, podrá optar, una vez transcurrido dicho plazo, por continuar en la lista de espera del centro elegido o por requerir la atención sanitaria en cualquier otro centro que disponga de acreditación en la Comunidad Autónoma de Galicia, con arreglo al procedimiento que se establecerá reglamentariamente. En este último caso, el Servicio Gallego de Salud habrá de asumir directamente el pago de los gastos derivados de la atención sanitaria.

5. En cualquier caso, si el paciente no recibiese una oferta para ser atendido en el tiempo máximo establecido, tendrá derecho, una vez transcurrido dicho plazo, a acudir a un centro privado de su elección, ubicado en el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia, y a que se le reembolse el gasto de acuerdo con las tarifas que se establezcan reglamentariamente para el proceso realizado.

Artículo 8. *Suspensión de la garantía.*

1. De conformidad con lo establecido en la normativa estatal vigente, el cómputo del tiempo máximo de respuesta quedará suspendido temporalmente, en tanto persistiesen las causas que motiven tal situación, en los siguientes supuestos:

a) Cuando el usuario solicitase un aplazamiento de la atención garantizada durante un tiempo determinado, sin renunciar a la misma y siempre que alegase causas debidamente justificadas, como nacimiento o adopción de un hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo.

b) Cuando concurriera causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención.

c) En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.

d) Cuando el paciente incumpliese las obligaciones señaladas en el apartado a) del artículo 10 de la presente ley.

2. El cómputo del tiempo máximo de acceso se restablecerá una vez que desapareciesen las circunstancias que hubieran motivado la interrupción del plazo.

Artículo 9. *Pérdida de la garantía.*

1. De conformidad con lo establecido en la normativa estatal vigente, quedarán sin efecto las garantías de respuesta establecidas en el presente capítulo:

a) Cuando el usuario dejase de tener la indicación que justificaba la atención garantizada.

b) Cuando el usuario renunciase voluntariamente a la atención garantizada.

c) Cuando el usuario no optase, en el plazo establecido al efecto, por alguna de las alternativas ofertadas por el servicio de salud o rechazase el centro o centros alternativos ofertados para la realización de la asistencia.

d) Cuando el paciente no se presentase, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro que le ofrezca el Servicio Gallego de Salud.

e) Cuando el paciente retrasase la atención sin causa justificada.

f) Cuando el paciente incumpliese alguna de las obligaciones señaladas en los apartados b) y d) del artículo 10 de la presente ley.

2. En los supuestos previstos en los apartados c), e) y f) del punto anterior, el usuario continuará en el Registro de Pacientes en Espera aunque perdiese la garantía respecto a esa atención.

Artículo 10. *Obligaciones de los pacientes inscritos en el Registro de Pacientes en Espera.*

Para que pueda ser efectiva la garantía de tiempo máximo de acceso establecida en la presente ley, los usuarios inscritos en el Registro de Pacientes en Espera están obligados a:

a) Mantener actualizados los datos sobre su teléfono, domicilio o correo electrónico, a efectos de llamamiento, notificación o localización por parte del Servicio Gallego de Salud.

b) Justificar la solicitud de aplazamiento de la atención garantizada cuando concurriesen motivos personales y mediante el procedimiento que se determine reglamentariamente.

c) Comunicar con la antelación suficiente, siempre que fuera posible, la decisión de no presentarse a una citación, por los medios que se determinen.

d) Facilitar al Servicio Gallego de Salud la información sanitaria que le sea requerida para poder asignarles la alternativa más adecuada para la realización de la atención garantizada.

e) Poner en conocimiento de los responsables de las instituciones sanitarias las irregularidades que observasen en el ejercicio del derecho de la garantía de tiempo máximo de acceso, mediante el procedimiento que se establezca reglamentariamente.

f) Comunicar a los responsables de las instituciones sanitarias la desaparición de las causas personales que justificaron el aplazamiento de una intervención quirúrgica, consulta o prueba diagnóstica y/o terapéutica, por motivos personales.

CAPÍTULO III

Libre elección

Artículo 11. *Garantía de libre elección de profesionales sanitarios y centro hospitalario.*

1. Se garantiza el derecho de los usuarios a la libre elección de médico de familia, pediatra y personal de enfermería para la prestación de asistencia sanitaria en atención primaria.

2. Igualmente, se garantiza el derecho de los usuarios a la elección del centro o complejo hospitalario del Servicio Gallego de Salud para la realización de una intervención quirúrgica o consulta externa o la realización de una prueba diagnóstica o terapéutica por un problema de salud nuevo.

3. Quedan excluidas del derecho a la libre elección la atención sanitaria domiciliaria y la de urgencia.

Artículo 12. *Ejercicio del derecho a la libre elección.*

1. El derecho a la libre elección de médico de familia, pediatra o personal de enfermería, así como de centro o complejo hospitalario, lo ejercerá de forma individual cada usuario con derecho a la asistencia sanitaria pública.

2. En caso de menores de edad no emancipados o con declaración de incapacidad, el derecho a la libre elección corresponderá a los padres, tutores o representantes legales, de conformidad con la legislación vigente.

3. La solicitud para el ejercicio del derecho a la libre elección de médico de familia, pediatra o personal de enfermería podrá realizarse en cualquier momento y sin necesidad de justificación alguna. El procedimiento para su ejercicio se determinará con carácter reglamentario.

4. La solicitud para el ejercicio del derecho a la libre elección de centro o complejo hospitalario podrá formularse desde el mismo momento en que el médico de familia o pediatra derivase al paciente a una consulta o prueba diagnóstica y/o terapéutica o para una intervención quirúrgica por un problema de salud nuevo.

5. La elección efectuada por el usuario podrá ser denegada mediante resolución motivada por el órgano que se establezca en la norma reglamentaria de desarrollo, teniendo en cuenta los criterios que se indican en el artículo siguiente, así como el de planificación sanitaria.

Artículo 13. *Criterios de asignación por el Servicio Gallego de Salud.*

1. Cuando el usuario no realizase la elección de médico de familia, pediatra o personal de enfermería, el Servicio Gallego de Salud será el encargado de realizar la asignación de los profesionales, teniendo en cuenta los criterios que se indican en el punto siguiente.

2. Para la asignación de los usuarios habrán de tenerse en cuenta, con carácter general, y sin perjuicio de aquellos específicos por centro de salud, los criterios siguientes:

a) Mantenimiento de las agrupaciones familiares o asimiladas.

b) Mantenimiento de distribuciones etarias de carácter homogéneo.

c) Usuarios asignados a cada profesional sanitario en el centro de salud más próximo al domicilio del usuario.

d) Aquellos otros que, de forma excepcional, se estimen para cada caso en particular.

3. Para la asignación de centros hospitalarios, cuando el usuario no hubiera realizado la libre elección o esta hubiese sido rechazada, el Servicio Gallego de Salud será el encargado de realizarla con arreglo a los criterios de proximidad al domicilio familiar y de planificación sanitaria.

Artículo 14. *Garantía de calidad asistencial.*

1. Con la finalidad de garantizar la calidad asistencial, el Servicio Gallego de Salud establecerá el número adecuado de usuarios para cada médico de familia, pediatra y personal de enfermería en el ámbito de la asistencia primaria. Los usuarios habrán de ser

informados, si así lo solicitan, sobre el número de pacientes asignados al profesional sanitario elegido.

2. Con carácter general, el Servicio Gallego de Salud no asignará nuevos usuarios a un médico de familia, pediatra y personal de enfermería cuando se superase el número de usuarios establecido para cada profesional. De forma excepcional, podrá superarse este número cuando no existiese riesgo de deterioro de la calidad asistencial y con la aceptación expresa del profesional sanitario al cual se asigne el usuario.

3. El ejercicio del derecho a la libre elección por los usuarios no generará tipo alguno de indemnización a cargo del Servicio Gallego de Salud.

CAPÍTULO IV

Segunda opinión médica

Artículo 15. *Garantía de la segunda opinión médica.*

1. Se garantiza a los pacientes el derecho a la segunda opinión médica en relación con un primer diagnóstico o propuesta terapéutica emitido por un profesional médico del Sistema público de salud de Galicia.

2. La garantía de la segunda opinión será de aplicación a:

a) Enfermedades neoplásicas malignas.

b) Enfermedades neurológicas inflamatorias y degenerativas invalidantes.

c) Confirmación de diagnósticos de enfermedad rara, teniendo esta consideración aquella patología con peligro de muerte o invalidez crónica y baja prevalencia, entendida como aquella inferior a cinco casos por cada diez mil habitantes, incluidas las de origen genético.

3. La segunda opinión médica podrá solicitarse a cualquier otro profesional médico del Sistema público de salud de Galicia.

4. Solo en circunstancias excepcionales y debidamente justificadas, el Servicio Gallego de Salud podrá facilitar la obtención de una segunda opinión médica en un centro público de otra comunidad autónoma.

5. El Servicio Gallego de Salud asumirá los gastos de desplazamiento del enfermo y de un familiar, en caso en que las condiciones del enfermo así lo aconsejasen, para realizar los estudios de las pruebas necesarias para la emisión de la segunda opinión.

Artículo 16. *Exclusiones.*

1. Quedan excluidas de la consideración de segunda opinión las peticiones de informes o certificados médicos para compañías aseguradoras, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, Administración de justicia y otras administraciones públicas o personas físicas o jurídicas con fines distintos a los asistenciales.

2. Asimismo, no tendrá la consideración de segunda opinión médica la continuidad de estudios médicos en otro centro sanitario o la realización de pruebas o informes indicados por el facultativo encargado del tratamiento.

Artículo 17. *Ejercicio del derecho a pedir una segunda opinión.*

1. El derecho a una segunda opinión médica podrán ejercerlo:

a) Todos los usuarios legalmente capacitados e individualmente considerados desde los 16 años de edad.

b) Cuando el paciente estuviera circunstancialmente incapacitado para tomar decisiones, a criterio del profesional médico que presta la asistencia, el derecho corresponderá a sus familiares o personas vinculadas de hecho.

c) En caso de familiares, se dará preferencia al cónyuge o, en su caso, a quien tenga la condición legal de pareja de hecho. En su defecto, a los familiares de grado más próximo y, dentro del mismo grado, quien ejerza de cuidador o, en defecto del mismo, el de mayor edad.

d) Cuando el paciente estuviera incapacitado legalmente, el derecho corresponderá a su representante legal, acreditando de forma clara e inequívoca, en virtud de la correspondiente sentencia de incapacitación, que está legalmente habilitado para tomar decisiones que afecten a la persona incapacitada.

e) En caso de pacientes menores de edad, el derecho podrá ejercerlo su representante legal.

2. La intervención de las personas citadas en los apartados b) a d) habrá de ser adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que sea necesario atender, a favor del paciente y con respeto a su dignidad, en atención siempre a criterios médicos objetivos.

3. El derecho a una segunda opinión médica solo podrá ejercerse una vez en cada proceso asistencial y al único objeto de contrastar un primer diagnóstico completo o una indicación terapéutica.

4. Reglamentariamente se determinarán los efectos y el procedimiento para el ejercicio del derecho a una segunda opinión médica.

5. La consejería competente en materia de sanidad y el Servicio Gallego de Salud velarán para que exista información accesible y completa sobre el ejercicio de este derecho en los centros hospitalarios.

Artículo 18. *Autorización y emisión de la segunda opinión médica.*

1. El plazo para la resolución de la solicitud de la segunda opinión médica será de diez días hábiles, a contar a partir de la solicitud, comunicándose de forma fehaciente e inmediata al solicitante. Transcurrido el plazo indicado sin que se haya emitido la resolución, se entenderá que esta es favorable por silencio administrativo, dándose traslado de la solicitud y de la documentación correspondiente al facultativo o servicio indicado por el paciente o, en su defecto, al que corresponda.

2. La emisión de la segunda opinión habrá de realizarse en el plazo de quince días hábiles, a contar a partir del siguiente al de emisión de la resolución, o, en caso de silencio, desde el día siguiente a aquel en que debería haberse resuelto expresamente la solicitud. El facultativo encargado de emitir la segunda opinión podrá solicitar, en función de la complejidad del asunto o de la documentación que se le transmita, una ampliación de hasta cinco días del plazo indicado.

3. El plazo indicado en el punto anterior se suspenderá en caso de que fuese necesaria la práctica de nuevas pruebas diagnósticas.

Artículo 19. *Garantía de atención clínica.*

1. Emitido el informe de segunda opinión, se garantizará al paciente la atención clínica que precise, conforme a la cartera de servicios del Sistema público de salud de Galicia y teniendo en cuenta su derecho a decidir libremente, después de haber recibido la información adecuada, entre las opciones clínicas o terapéuticas disponibles.

2. La atención sanitaria que se precise se ajustará a lo establecido en la presente ley sobre tiempos máximos de acceso.

CAPÍTULO V

Instrucciones previas

Artículo 20. *Derecho a manifestar las instrucciones previas.*

1. Con arreglo a lo establecido en la normativa estatal de carácter básico, mediante el documento de instrucciones previas, una persona, mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, al objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue la situación en que no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo y sus órganos.

2. Las instrucciones previas constarán siempre por escrito en un documento en que la persona otorgante podrá designar a un representante, y a un sustituto en su caso, para que sirva de interlocutor con el médico o equipo sanitario para la búsqueda de su cumplimiento.

Artículo 21. *Garantía de cumplimiento de las instrucciones previas.*

1. La Administración sanitaria adoptará las medidas necesarias para garantizar la voluntad de los pacientes contemplada en el documento de instrucciones previas. No serán de aplicación las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico o a la *lex artis*, ni las que no se correspondiesen con el supuesto de hecho que el sujeto hubiera previsto en el momento de manifestarlas.

2. El documento de instrucciones previas otorgado de acuerdo con lo previsto en el apartado anterior habrá de ser respetado por el personal sanitario, por los centros, servicios y establecimientos sanitarios y por todas las personas que tuvieran relación con el otorgante, a partir del preciso momento en que el otorgante no pueda manifestar su voluntad.

Artículo 22. *Formalización y registro de las instrucciones previas.*

1. El documento de instrucciones previas se formalizará por escrito mediante uno de los siguientes procedimientos:

a) Ante notario, en cuyo supuesto no será necesaria la presencia de testigos.

b) Ante tres testigos, mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales al menos dos no podrán tener relaciones de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

c) Ante el personal del Registro Gallego de Instrucciones Previas, en las condiciones que se establezcan reglamentariamente.

2. Las instrucciones previas podrán modificarse, ampliarse, concretarse o dejarse sin efecto en cualquier momento a voluntad del otorgante, siempre que conservase su capacidad, dejando constancia expresa e indubitada. En estos supuestos, el documento posterior revoca al anterior, salvo manifestación expresa contraria del otorgante.

Artículo 23. *Registro Gallego de Instrucciones Previas.*

Los documentos de instrucciones previas, formalizados de acuerdo con el artículo anterior, podrán inscribirse en el Registro Gallego de Instrucciones Previas con la finalidad de dar a conocer su existencia y contenido a las personas debidamente autorizadas. La organización y funcionamiento del Registro Gallego de Instrucciones Previas se establecerá reglamentariamente.

CAPÍTULO VI

Información

Sección 1.ª Garantía de información sobre los derechos y deberes

Artículo 24. *Garantía de información.*

1. Todos los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud tendrán a disposición de los usuarios la información clara, veraz, accesible y transparente sobre las diferentes garantías contempladas en la presente ley. Los usuarios podrán solicitar las aclaraciones que precisasen sobre cada una de las mismas. En el supuesto de que no fuera posible entregarla en el momento, le será facilitada lo antes posible.

2. Asimismo, dicha información estará disponible, bajo las mismas premisas que en el punto anterior, en las herramientas de información permanente que el Servicio Gallego de Salud mantenga con los ciudadanos.

3. La información estará orientada a la consecución de los siguientes fines:

a) A que los ciudadanos conozcan los derechos e instrumentos de protección y la forma adecuada de ejercerlos.

b) A que los ciudadanos puedan hacer una elección libre e informada.

c) A que los ciudadanos conozcan las excepciones, limitaciones y consecuencias de los incumplimientos de los requisitos que les son de aplicación como deberes.

4. Estos deberes en la garantía de la información serán de aplicación a todos los centros sanitarios concertados y privados que prestasen servicios sanitarios de la cartera del Servicio Gallego de Salud en cualquier momento.

5. Los usuarios tienen derecho a que la información se les proporcione de manera inteligible y adaptada a las posibles discapacidades visuales, auditivas, psíquicas o de cualquier otra índole.

Sección 2.ª Características comunes a los sistemas de información

Artículo 25. *Sistemas de información.*

1. La consejería competente en materia de sanidad establecerá un sistema de información sobre la aplicación de la presente ley.

2. El sistema de información habrá de definir y conseguir la información que permita conocer y estudiar los progresos y avances en la consecución de los objetivos marcados en la presente ley.

3. El sistema tendrá presente toda la regulación que garantiza el derecho a la confidencialidad de los datos que se manejen.

4. El sistema contará con un mecanismo de evaluación continua que permita la detección precoz de las desviaciones y genere acciones correctoras que garanticen la efectividad final de las medidas.

Sección 3.ª Informe anual

Artículo 26. *Informe anual.*

1. La consejería competente en materia de sanidad elaborará un informe anual sobre la aplicación de la presente ley, que será presentado en el Parlamento de Galicia en el primer trimestre de cada año natural.

2. Respecto a los tiempos de respuesta, dicho informe incluirá los datos del año inmediatamente anterior sobre el total de pacientes en espera a que se refiere la presente ley y los tiempos medios de espera y el número de pacientes que hicieron uso de la garantía establecida por la presente ley, así como, en su caso, las medidas correctoras encaminadas a mejorar la atención sanitaria en el Sistema público de salud de Galicia para evitar la superación, si la hubiera, de los referidos tiempos máximos de respuesta.

3. De igual forma, se remitirá el informe anual al Consejo Gallego de Salud.

Sección 4.ª Sistema específico de información sobre tiempos de acceso

Artículo 27. *Información general de los tiempos de acceso.*

El Servicio Gallego de Salud facilitará información semestral a toda la ciudadanía, a través de su portal web, sobre el número de pacientes que figuran en espera y el tiempo medio de acceso para los distintos procedimientos realizados por cada una de las especialidades y desagregados por centro sanitario.

Artículo 28. *Información personalizada.*

1. Cada paciente, su representante legal o persona debidamente autorizada recibirá información personalizada sobre el tiempo máximo de acceso estimado para la atención sanitaria solicitada.

2. El Servicio Gallego de Salud dispondrá de los mecanismos que faciliten el proceso de información individualizada.

Artículo 29. *Registro de Pacientes en Espera de Galicia.*

1. Se crea el Registro de Pacientes en Espera de Galicia, que se adscribe al Servicio Gallego de Salud.
2. El objeto de este registro es inscribir a todos los pacientes que soliciten una atención hospitalaria de carácter programado y no urgente, indicada por un facultativo especialista de cualquier centro del Servicio Gallego de Salud.
3. El Registro de Pacientes en Espera de Galicia tendrá carácter único, y su estructura, organización y funcionamiento se establecerá reglamentariamente.
4. La fecha de entrada en el Registro de Pacientes en Espera se corresponderá con el momento de la indicación de la atención por el facultativo solicitante.
5. El Servicio Gallego de Salud definirá el procedimiento mediante el cual se establecerá la indicación de la atención por parte del facultativo responsable de realizar la intervención quirúrgica, consulta o prueba diagnóstica y/o terapéutica.

Artículo 30. *Datos registrables.*

El Registro identificará a los pacientes en espera con derecho a la garantía de la atención sanitaria establecida en el capítulo II de la presente ley, debiendo contemplar con esa finalidad, como mínimo, los siguientes datos:

a) Datos de identidad del paciente.
b) Fecha de indicación por el facultativo responsable del paciente.
c) Fecha de mecanización en el Registro.
d) Aceptación por el paciente de la indicación, cuando proceda.
e) Procedimiento garantizado y tiempo máximo de acceso.
f) Fecha de la oferta alternativa.
g) Registro de la decisión del paciente (aceptación o rechazo de la oferta alternativa).
h) Fecha del inicio de la suspensión, si procede.
i) Causa de la suspensión del cómputo del tiempo máximo de acceso, si procede.
j) Fecha de reanudación del cómputo del tiempo máximo de acceso, una vez desaparecida la causa que motivó la suspensión, si procede.
k) Fecha de la pérdida de la garantía, si procede.
l) Causa que motiva la pérdida de la garantía, si procede.
m) Fecha de la baja en el Registro, si procede.
n) Causa de la baja en el Registro, si procede.

Artículo 31. *Documento acreditativo.*

El Servicio Gallego de Salud establecerá el mecanismo por el que el paciente recibirá el documento acreditativo del derecho de garantía, el cual habrá de contemplar, al menos, los siguientes datos:

a) Fecha de comienzo del cómputo del tiempo máximo de acceso.
b) Tiempo máximo de acceso garantizado.
c) Información sobre la repercusión de la solicitud por parte del paciente de aplazamiento por motivos personales justificados, de acuerdo con el criterio establecido en el Real decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema nacional de salud.
d) Tiempo máximo de acceso para recibir la atención garantizada en los centros alternativos.
e) Modo en que se realizarán las notificaciones y comunicaciones entre el paciente y el centro.
f) Procedimiento para consultar su situación de espera y posición en el Registro.
g) Procedimiento para ejercer su derecho a la atención en el tiempo máximo garantizado y formular cualquier queja o sugerencia.

CAPÍTULO VII

Disponibilidad de determinados servicios asistenciales

Artículo 32. *Garantía de disponibilidad de determinados servicios asistenciales.*

La Administración autonómica dispondrá las medidas oportunas y los recursos económicos, humanos y materiales necesarios para que todas las provincias gallegas dispongan de procedimientos de hemodinámica, radioterapia y medicina nuclear, garantizando la equidad en la prestación y la libre elección del usuario.

En cualquier caso, la prestación de estos servicios deberá llevarse a cabo teniendo en cuenta las condiciones de calidad, efectividad y seguridad de la atención sanitaria de los pacientes y el mejor aprovechamiento de las salas de hemodinámica existentes.

Disposición transitoria única. *Vigencia de la normativa reglamentaria actual.*

En tanto no se elabore la normativa de desarrollo de la garantía de tiempo máximo de acceso y de la garantía del derecho a la segunda opinión médica, permanecerán en vigor el Decreto 104/2005, de 6 de mayo, de garantías de tiempos máximos de espera en la atención sanitaria, y el Decreto 205/2007, de 27 de septiembre, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el sistema sanitario público gallego.

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango cuyo contenido se oponga a lo establecido en la presente ley.

Disposición final primera. *Autorización para actualizar los tiempos máximos de acceso.*

Se autoriza al Consello de la Xunta de Galicia para adaptar mediante decreto, a propuesta de la persona titular de la consejería con competencias en materia de sanidad, los tiempos máximos de acceso que se establecen en el artículo 5 a fin de adecuarlos a la realidad sanitaria de cada momento, las necesidades de los usuarios y la evolución de los indicadores socioeconómicos de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Disposición final segunda. *Habilitación normativa.*

Se autoriza a la Xunta de Galicia para dictar cuantas normas sean precisas para el desarrollo y ejecución de la presente ley.

Disposición final tercera. *Plazo para la aprobación de la normativa de desarrollo por la Xunta de Galicia.*

En el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de la presente ley la Xunta de Galicia aprobará la normativa de desarrollo prevista en la misma.

Disposición final cuarta. *Modificación de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.*

La Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el apartado c) del punto 3 del artículo 24, que tendrá la siguiente redacción:

> «c) Nueve vocales en representación de las organizaciones sindicales presentes en la mesa sectorial de negociación del Servicio Gallego de Salud.»

Dos. Se modifica el punto 4 del artículo 121, que tendrá la siguiente redacción:

> «4. Los puestos de trabajo del personal directivo se entenderán como de especial dedicación y serán incompatibles con cualquier otra actividad pública o privada, salvo las derivadas de la docencia universitaria en los términos del artículo 4 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas.»

Tres. La disposición transitoria segunda queda sin efecto.

Disposición final quinta. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor a los dos meses de su publicación en el Diario Oficial de Galicia.

§ 41

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid
«BOCM» núm. 306, de 26 de diciembre de 2001
«BOE» núm. 55, de 5 de marzo de 2002
Última modificación: 22 de diciembre de 2022
Referencia: BOE-A-2002-4375

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Hago saber que la Asamblea de Madrid ha aprobado la presente Ley, que yo, en nombre del Rey, promulgo.

PREÁMBULO

El artículo 43 de la Constitución Española de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud y atribuye a los Poderes Públicos la competencia para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, estableciendo al mismo tiempo que los derechos y deberes de todos al respecto constituyen reserva de ley, lo que implica que el contenido del derecho a la protección de la salud ha de ser fijado por el legislador ordinario, en el marco de competencias que corresponden al Estado y a las Comunidades Autónomas de acuerdo con la distribución constitucional (artículos 148.1.21, y 149.1.16 y 17) y con lo que establezcan en cada caso los respectivos Estatutos de Autonomía.

El desarrollo y la regulación general de este derecho, es el objeto fundamental de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Dichas Leyes, junto con la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local forman parte del sistema normativo de la sanidad, que a su vez enlaza con diversos preceptos constitucionales y, en definitiva, con el conjunto del ordenamiento jurídico.

La distribución de competencias, en materia de sanidad, viene regulada en nuestro ordenamiento jurídico, estableciéndose de un modo claro y exhaustivo, las potestades normativas, tanto de la Administración Central del Estado, como de las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos.

En base a la potestad normativa otorgada por la Constitución Española, las Leyes sanitarias, especialmente la Ley General de Sanidad, y el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, artículos 27.4, 27.5 y 28.1.1, el Gobierno de la Comunidad de Madrid, dentro de su ámbito competencial, por medio de la presente Ley, efectúa la ordenación sanitaria, así como la regulación general de todas las acciones que permitan, a través del

Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, hacer efectivo el derecho de protección a la salud.

Esta es una Ley que incorpora importantes novedades respecto de la situación actual, estableciendo, con carácter general, que el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, se crea bajo los principios de vertebración y coordinación, y consolida entre otros, los principios de universalidad, solidaridad, equidad e igualdad efectiva en el acceso, desde una concepción integral del Sistema que contemple la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención y la asistencia, no sólo de los madrileños, sino de las personas que se encuentren en su ámbito territorial.

Igualmente, se hace hincapié en la descentralización, desconcentración, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios, con una organización sanitaria basada en los principios de racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia, donde queda establecida la separación de funciones en la Administración, y donde con la colaboración de los profesionales, y la participación de la sociedad civil en la formulación de las políticas y en su control, las medidas que se adopten, habrán de ajustarse a las necesidades reales de salud de la población.

En concreto, y en relación con la participación de los ciudadanos, hay que señalar que el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid considera ésta como indispensable en la gestión sanitaria, entendiendo que los ciudadanos deben participar en la decisión sobre las prioridades sanitarias, y que la valoración interna y externa de los servicios sanitarios deberá efectuarse escuchando a los profesionales y a los pacientes.

La aportación más importante que presenta el modelo sanitario diseñado por esta Ley, consiste en garantizar al ciudadano, individual y colectivamente, su consideración como centro del Sistema Sanitario, para lo cual se configura un dispositivo, las Agencias Sanitarias, que a modo de auténticos gestores de cabecera, permita garantizar una gestión personalizada, directa y rápida tanto del acceso al sistema como del resto de las prestaciones no asistenciales que en el mismo se contemplan.

La Ley distingue entre las funciones típicamente administrativas y burocráticas y las funciones estrictamente prestadoras del servicio asistencial. Para ello, establece nítidamente la separación de las funciones de aseguramiento, compra y provisión, lo que favorece cierta competencia regulada en cuanto a la calidad y eficiencia, además de introducir mecanismos de cooperación entre centros, y el desarrollo e implantación de métodos de mejora continua.

La separación de funciones que establece la Ley, exige de un lado, definir dentro de la organización sanitaria, qué órganos han de asumirlas, y cuáles son los mecanismos de relación entre cada uno de ellos dentro del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. A tal efecto la Ley presenta importantes innovaciones que es preciso destacar. En primer término, se establece que la función de aseguramiento corresponde a la Autoridad Sanitaria, de la que depende la Red de Agencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid. La Función de compra de servicios sanitarios, o lo que es lo mismo, la distribución del presupuesto sanitario, en función de actividad y objetivos de salud, se atribuye al Servicio Madrileño de Salud, que se configura como un Ente Público, con personalidad jurídica propia. Y la función de provisión de servicios sanitarios corresponde a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, la cual está constituida por todos los servicios asistenciales financiados públicamente, y comprende al Instituto Madrileño de la Salud, Ente Público con personalidad jurídica propia en el que se incorporan todos los recursos traspasados por el actual Instituto Nacional de la Salud, los centros de provisión del Servicio Madrileño de Salud, y los centros concertados con titularidad pública y privada.

La función de compra, que se realiza a través del Servicio Madrileño de Salud, encuentra en la Ley un desarrollo singular, con importantes innovaciones en relación con los modelos sanitarios de otras Comunidades Autónomas, en la medida que conecta esta función con las necesidades de salud de la población contenidas en el Informe del Estado de Salud de la Población elaborado anualmente por la autoridad sanitaria con competencias en Salud Pública, e introduce la función de planificación en la función de compra a través del Plan de Servicios cuatrienal y del Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios, que anualmente y que de acuerdo con aquel, y con el Informe del Estado de Salud de la Población, establece los objetivos generales y específicos, en términos de salud, determina las actividades a

desarrollar para alcanzar dichos objetivos, y define los contratos sanitarios con los proveedores de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

En definitiva, se configura un nuevo modelo sanitario abierto, que permite una gran potencialidad y versatilidad, que sitúa al ciudadano en el epicentro del Sistema, y refuerza el principio de aseguramiento público, de modo que es la demanda y no la oferta asistencial la que determina la configuración y funcionamiento del Sistema Sanitario, de igual forma que refuerza el papel de la Salud Pública en la determinación de necesidades y evaluación de resultados.

Esta Ley cuya extensión obedece a la necesidad de regular un sistema novedoso en cuanto a su configuración, se articula en torno a 13 Títulos, divididos, en su caso, en Capítulos y Secciones, con un total de 149 artículos, así como las correspondientes disposiciones adicionales, transitorias, derogatorias y finales.

I

El Título I, relativo a las «Disposiciones Generales», comprende únicamente dos artículos. El artículo primero parte de la consideración de que el objeto de regulación de ésta Ley es, no sólo, la ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid sino también la regulación general de todas las acciones que permitan, a través del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

El artículo segundo, por su parte, en el marco de los principios constitucionales básicos que deben presidir la actividad de la Administración Pública, (artículo 103 de la CE), y de los establecidos en los artículos, 3.1 y 2 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, enumera los principios rectores del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, en relación con el resto del Sistema Nacional de Salud (Vertebración y Coordinación Institucional y de Política Sanitaria) y los particulares de la presente Ley.

Dentro de esta última categoría se señalan como tales, la orientación del sistema al ciudadano; concepción integrada del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, incluyendo todas las funciones y todos los dispositivos sanitarios con independencia de su titularidad; universalización de los servicios; equidad en las condiciones de acceso a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública; adecuación de las prestaciones sanitarias a las del Sistema Nacional de Salud; cooperación y coordinación con las administraciones sanitarias del resto de las Comunidades Autónomas; promoción de hábitos de vida y un medio ambiente saludables; descentralización, desconcentración, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios; separación de funciones; racionalización, eficacia, simplificación y humanización de la organización sanitaria; calidad y seguridad de los servicios sanitarios; y participación de los profesionales y de la sociedad civil.

II

Para llevar a cabo una adecuada organización y ordenación de las actuaciones que competen a la Administración Sanitaria Madrileña, en el Título II se crea el «Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid», auténtica columna vertebral de la Ley, en el que tras establecer una serie de disposiciones generales en orden a definirlo como el conjunto de recursos, normas, medios organizativos y acciones orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud, establece que en él se integran todas las funciones y todos los recursos, cualquiera que sea su titularidad, sin perjuicio de atender en todo caso a la naturaleza de los mismos.

Desde el punto de vista organizativo, el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se estructura de forma desconcentrada a través de las denominadas Áreas Sanitarias que tienen carácter funcional. Estas Áreas desarrollan actividades relativas a la salud pública y la promoción de la salud, prevención, asistencia sanitaria, y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población, de una manera plenamente integrada y más próxima al ciudadano, instaurando, pues, un modelo basado en la concepción integral de la salud, que pone fin a la tradicional e indeterminada dicotomía entre salud pública y asistencia sanitaria.

Por lo que se refiere a la ordenación funcional de la asistencia sanitaria, además de la gestión de la red asistencial de titularidad pública, se posibilita la colaboración e integración

del sector privado en una Red Sanitaria Única de Utilización Pública, que se rige por normas comunes de calidad y acreditación, creada como instrumento funcional del Sistema Sanitario para alcanzar una ordenación hospitalaria óptima que permita la adecuada coordinación y complementariedad de los servicios, el acceso y disfrute por los ciudadanos de los servicios más adecuados para el diagnóstico y tratamiento de su proceso, la homogeneización de las prestaciones, así como la eficiente y eficaz distribución y utilización de los recursos económicos, humanos y materiales.

Este Título se encuentra dividido en cinco Capítulos que recogen la estructura y funciones del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. En él aparecen definidas las competencias del Consejo de Gobierno y de la Consejería de Sanidad en relación con la ordenación del sistema sanitario y su gestión, la regulación del mismo y su financiación, y las actuaciones de la administración sanitaria, distinguiendo dentro de la misma, las de Autoridad Sanitaria y asistencia sanitaria, las de salud laboral y las de las Corporaciones Locales. En el ámbito de la asistencia sanitaria se ha procurado dar un tratamiento integral a todas las actividades asistenciales, en sus niveles de atención primaria y especializada, y con una referencia expresa a la salud mental, respecto de la cual se aplica claramente el principio de integración, dentro de la atención especializada, que se debe prestar en los mismos centros en que reciben asistencia otros pacientes, como una especialidad más, con el objeto de evitar toda estigmatización y discriminación, que por su condición de enfermos mentales, estos pacientes pudieran sufrir en su atención sanitaria. Por otra parte se establece, igualmente en este Título, el régimen de impugnación de los actos, el régimen de responsabilidad y la representación y defensa en juicio de los órganos que integran la administración sanitaria de la Comunidad de Madrid.

III

El Título III, «De la iniciativa privada» introduce otro aspecto integrador de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en la medida que incorpora una referencia expresa a las organizaciones sanitarias privadas, que junto con otras iniciativas sanitarias de la sociedad civil, concurren con la administración sanitaria, en la prestación de servicios asistenciales, en sus respectivos ámbitos. Este Título, pese a estar constituido solo por 3 artículos, se presenta de forma independiente por la singularidad de la materia objeto de regulación.

La Comunidad de Madrid cuenta con suficiente volumen de recursos de titularidad privada como para que ésta al menos tenga una mención en la Ley, en unos términos, obviamente, de absoluto respeto al marco constitucional que garantiza el normal desenvolvimiento de su actividad en una economía libre de mercado.

Resulta evidente que en un ámbito de la actividad privada como éste, las referencias expresas de la Ley han de ir exclusivamente dirigidas a garantizar y mejorar los niveles de colaboración y coordinación con el sistema sanitario público, a través de la armonización de los sistemas de información, y la colaboración con actividades de salud pública, con iniciativas de calidad total y con programas de formación e investigación.

Es por ello que tras definir qué se entiende por organización sanitaria privada, y diferenciarla de la actividad de intermediación financiera, así como del ejercicio individual de las profesiones sanitarias (ambas, actividades con su propia regulación específica), la Ley se limita a someter a aquellas a un régimen de autorización previa, y a atribuir a la administración sanitaria una actividad de ordenación de la colaboración de acuerdo con los principios de orientación al ciudadano, eficacia, eficiencia, integración de acciones y acreditación previa.

IV

El Título IV de la Ley sobre «Derechos y Deberes de los ciudadanos», incorpora una completa y extensa regulación a cerca de la posición jurídica de los ciudadanos ante el sistema sanitario madrileño, que se traduce en el reconocimiento de un amplio catálogo de derechos, una relación de deberes de los mismos, así como las garantías necesarias para dotarlos de efectividad.

En relación con los derechos de los ciudadanos, con carácter general se hace una referencia expresa a normas de rango constitucional como el respeto a la dignidad de la persona (artículo 10 CE), expresado en el principio de autonomía, el derecho a la intimidad personal y familiar (artículo 18 CE), y el principio de igualdad (artículo 14 CE), incorporando además un mandato explícito de las administraciones sanitarias para promover el desarrollo y aplicación efectiva de los derechos mencionados en la norma.

Respecto a los derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario, se contemplan una serie de preceptos que tienen en cuenta los desarrollos más autorizados contenidos en la jurisprudencia del Tribunal Supremo en relación con el derecho a la información sobre su propio estado de salud, con las matizaciones precisas en supuestos de incapacidad o incompetencia, la confidencialidad de sus datos sanitarios, o el derecho a la libre elección de médico, centro sanitario, así como a una segunda opinión facultativa. La autonomía del paciente en sus relaciones con el Sistema Sanitario es un derecho que viene reconocido en declaraciones internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa de 1994, o el Convenio del Consejo de Europa sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina de 1997, así como en el ordenamiento jurídico interno, en los artículos 10 de la Constitución Española y 10 de la Ley General de Sanidad. El principio de autonomía se debe conjugar con el respeto por la relación médico-paciente y la ética profesional. Es por ello que esta Ley contempla dentro de este título las «Instrucciones Previas», garantizando de este modo la decisión declarada del paciente, de forma previa y fehaciente, con el objeto de respetar su voluntad en las intervenciones médicas en los momentos finales de la vida. Se ha optado por la denominación de «Instrucciones Previas», en vez de «Voluntades Anticipadas»o «Testamento Vital», en consonancia con el Convenio de Oviedo y los trabajos parlamentarios que se están llevando a cabo en el Congreso de los Diputados para la tramitación de la Ley Estatal.

Merece, así mismo, ser destacada la regulación expresa que hace el artículo 29 en relación con el desarrollo del derecho del ciudadano a recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión [Artículo 20.1.d) CE]. La potenciación del papel del ciudadano y de su autonomía en el sistema sanitario presupone una información sanitaria suficiente, capaz de respaldar la facultad de elección y de participación activa de las personas. Por otra parte, la regulación actual de los derechos de los pacientes, contenida en la Ley General de Sanidad se orienta exclusivamente a garantizar su derecho a la información en el contexto de la atención sanitaria, pero no entra en aspectos tales como la promoción y publicidad de productos y servicios sanitarios o la información sobre nuevas técnicas o progresos científicos, por lo que para evitar que los ciudadanos reciban información sanitaria que imposibilite o limite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección, y su participación activa en el mantenimiento o recuperación de su estado de salud, la Ley contempla el derecho a la información sanitaria, de una forma diferenciada del derecho a la información sobre su estado de salud, e incorpora en su artículo 29 una serie de actuaciones de la autoridad sanitaria que garantizan este derecho.

Para dotar de efectividad al derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, y garantizar el principio de aseguramiento público en relación con las prestaciones sanitarias del sistema, la Ley crea la Red de Agencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Este dispositivo, de absoluta singularidad, en relación no solo con el resto de las CCAA con plenas competencias en asistencia sanitaria, sino a nivel nacional y de la Unión Europea, representa una de las aportaciones de mayor trascendencia del modelo sanitario de la Comunidad de Madrid, en la medida que coloca al ciudadano en el centro del sistema, y se constituye en una herramienta básica en sus relaciones con la administración sanitaria.

La misión y fin de estas Agencias supera el concepto de centros de gestión administrativa y se adentra en la figura de Agencias de aseguramiento público. Es decir, tienen como función atender al usuario de forma personalizada, dando cobertura a la garantía de servicio previamente explicitada por la administración sanitaria en su Carta de Derechos del Paciente y en su Oferta de Servicios Sanitarios.

Este dispositivo introduce un auténtico cambio de paradigma en nuestro modelo sanitario e incorpora una perspectiva ciertamente novedosa, pues supone, nada más y nada menos, trasladar el epicentro del sistema de la provisión al aseguramiento, e implica para el

ciudadano sustituir la condición de paciente, perceptor de servicios, por la de titular del derecho no contributivo y usuario del sistema.

Junto al reconocimiento de un amplio catálogo de derechos, la Ley establece un conjunto de deberes de los ciudadanos con el objeto de definir ámbitos de colaboración e implicación de éstos en el sistema sanitario. Se trata de introducir en el sistema sanitario madrileño un marco de responsabilidad en el uso racional de los recursos, para que sean adecuadamente utilizados en beneficio de todos, especialmente por lo que se refiere a la prestación farmacéutica y la Incapacidad Temporal.

Otra figura novedosa de esta Ley la constituye el Defensor del Paciente, regulado en el capítulo III del presente título IV, encargado de gestionar las quejas, reclamaciones y sugerencias relativas a los derechos y obligaciones de los pacientes, no resueltas en los niveles de la función de aseguramiento y provisión, y sin perjuicio del derecho del interesado a utilizar otras vías para formular sus reclamaciones. Tiene como principal objeto intermediar en los conflictos que se planteen, recabar información, así como recibir todo tipo de sugerencias que deseen realizar los ciudadanos. Esta figura se plantea con naturaleza consultiva e independiente respecto de los distintos órganos y funciones de la Consejería. Además, para dar conocimiento de sus actividades está previsto que emita anualmente una Memoria que refleje el análisis del tipo de reclamaciones, quejas o sugerencias presentadas por los usuarios y las propuestas concretas en relación a las mismas.

V

El Título V, regula «La Participación Social, Institucional y Civil». Una Ley avanzada como es la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, no puede obviar una referencia explícita a la participación, teniendo en cuenta, además, la creciente importancia del ciudadano dentro del sistema sanitario, y el que se le atribuye en esta Ley. En este sentido, cabe destacar la diferenciación entre participación social, institucional y civil, así como los instrumentos para hacer efectivo este derecho, que conforme a lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley, le confiere la posibilidad de participar en la política sanitaria, y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecta a la calidad de vida o al bienestar general.

A tal efecto, la Ley contempla una serie de órganos de participación ciudadana que en sus respectivos ámbitos territoriales tienen facultades consultivas y de asesoramiento en la formulación de planes y objetivos generales del Sistema, así como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de su ejecución.

Dichos órganos son el Consejo de Salud, principal órgano de participación de la Consejería de Sanidad, los Consejos de salud de las Áreas Sanitarias, de nueva creación, y el Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria, el cual, habiendo sido creado por una disposición de carácter reglamentario (Decreto 87/2000, de 18 de mayo), eleva así su rango normativo.

Por último, conscientes de la importante labor que desarrolla la sociedad civil en el ámbito de la investigación en ciencias de la salud, la innovación tecnológica sanitaria, y la promoción de la salud pública, la Ley incorpora una importante medida de fomento al establecer incentivos a la participación pública y privada en dichas áreas.

VI

El Título VI lleva por título «La Salud Pública». Cabe destacar que la salud pública aparece ampliamente reflejada, en esta Ley, dejando patente, la importancia que se le da a dicha función dentro del modelo sanitario Madrileño, y en el contexto global del sistema, no solo por la extensión y minuciosidad de su exposición, sino por la novedosa incorporación del Informe del Estado de Salud de la Población.

La Ley hace un planteamiento novedoso de la función de salud pública, integrándola dentro del sistema sanitario, y relacionándola estrechamente con otras funciones del sistema, como es la función de compra, a través del citado Informe del Estado de Salud de la Población, que se deberá elaborar con carácter anual y deberá ser incorporado al documento de planificación del reparto del presupuesto que no es otra cosa que la función

de compra de los servicios asistenciales del sistema, que tiene encomendada el Servicio Madrileño de Salud.

Este Título consta de tres Capítulos, en los que se definen los aspectos básicos de aquellas actividades necesarias para la protección de la salud colectiva de la población, distinguiendo dentro del mismo, las funciones de vigilancia en salud pública, las de educación para la salud de la población, y estableciendo así mismo mecanismos de cooperación interinstitucional, y la integración efectiva de los programas de salud pública en los referentes de la Unión Europea.

VII

El Título VII se refiere al «Servicio Madrileño de Salud», que constituyéndose como una nueva entidad de derecho público dotada de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, sustituye al Servicio Regional de Salud creado por la Ley 9/1984 de 30 de mayo.

El Servicio Madrileño de Salud, como Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid, integra todos los recursos presupuestarios públicos destinados a la asistencia sanitaria en el territorio de la Comunidad de Madrid.

Destaca como novedad, la voluntad de separar las funciones de la prestación de servicios de los centros sanitarios de las funciones de asignación presupuestaria vinculada a objetivos de salud, así como el control y la evaluación de los mismos. El Servicio Madrileño de Salud recoge todas las funciones, centros y servicios del extinto Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid, lo que significa que su dispositivo de provisión pasa a depender del Servicio Madrileño de Salud.

En este orden de cosas, el Servicio Madrileño de Salud se vincula al dispositivo de titularidad pública de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de dos formas distintas y confluyentes a la vez. Por una parte, lo hace funcionalmente con el Instituto Madrileño de la Salud, creado por esta Ley, a través de los instrumentos de compra de servicios sanitarios, que son a su vez las herramientas que le facultan para su asignación presupuestaria, control y seguimiento, y por otra parte, con su propio dispositivo asistencial lo hace de forma directa a través de los instrumentos de compra antes mencionados.

El diseño de estos dos elementos se hace imprescindible en este momento de la asunción de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, en la medida que las diferencias patrimoniales, contables, laborales, culturales y de sistemas de información, entre otras, hacen imposible la fusión sin más de estas estructuras, a fecha de hoy, sin generar importantes distorsiones en la gestión. A la vez, esto no significa que el esfuerzo de equiparación y de convergencia no haya de hacerse en el futuro próximo.

Al Servicio Madrileño de Salud corresponde la adecuada asignación de los recursos presupuestarios afectos a la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid, que se ejercerá de acuerdo con las directrices, prioridades y criterios generales de la planificación sanitaria que determine la Consejería de Sanidad, el Plan de Servicios Cuatrienal del Servicio Madrileño de Salud, el Informe del Estado de Salud de la población y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios, estos dos últimos de carácter anual.

Por la importancia y singularidad del contenido cabe destacar que en el Capítulo V, Sección 1, viene reflejada la definición de la Actividad de asignación presupuestaria o función de compra de servicios sanitarios, así como el alcance y naturaleza, para el ámbito de esta Ley, del Contrato Sanitario.

Dicho Título, consta de seis Capítulos, en el I se hace referencia al objeto y naturaleza, en el II se habla de los fines y funciones, el III de los medios materiales y el régimen patrimonial, el IV del régimen financiero, presupuestario y contable, el V de las actividades, que a su vez, se encuentra dividido en tres Secciones, relativas a la compra de servicios sanitarios, actividad asistencial y separación de funciones, y por último el Capítulo VI dedica seis artículos a los Órganos de Gobierno y Dirección.

VIII

El Título VIII recoge, a los efectos de mantener y mejorar la ordenación sanitaria, la creación del «Instituto Madrileño de la Salud», entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, configurado por todos los centros, servicios y

establecimientos sanitarios transferidos por el Instituto Nacional de la Salud en el territorio de la Comunidad de Madrid, al cual corresponden las funciones de gestión y administración de los centros, servicios y prestaciones del sistema sanitario público.

El Instituto Madrileño de la Salud es un ente instrumental creado como organismo proveedor de los servicios sanitarios adscrito a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que, entre otras facultades, ostenta la dirección, vigilancia y tutela, así como el control, la inspección y la evaluación de sus actividades.

La creación de este Instituto consolida definitivamente el principio de separación de funciones promulgado por esta Ley, sin perjuicio de su vinculación funcional con el Servicio Madrileño de Salud el cual a través de los instrumentos de compra definidos en la misma, regulará sus actividades, controlará su asignación presupuestaria y evaluará sus resultados.

Uno de los aspectos más novedosos de la presente Ley, es que propone un modelo abierto y flexible, que apuesta por una diversidad de fórmulas posibles de gestión y administración de los servicios y prestaciones sobre los que tiene competencias. De este modo, se pretende avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión moderna, habituales en los países de la Unión Europea, adecuados al carácter prestacional de la administración sanitaria, no obstante su naturaleza pública.

En relación con las medidas adoptadas en el pasado, y de acuerdo con la actual configuración del modelo sanitario de la Comunidad de Madrid, esta Ley consolida, mediante la institucionalización de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, un sistema sanitario basado, a través de la acreditación, en el aprovechamiento de todos los recursos, con el objeto de alcanzar una óptima ordenación sanitaria que permita la adecuada homogeneización de las prestaciones y la correcta utilización de los recursos humanos y materiales, siguiendo así la tendencia general de los países socialmente más avanzados.

Al igual que el Título anterior, éste se encuentra dividido en Capítulos, donde se establecen el objeto, naturaleza, fines, funciones, medios materiales, régimen patrimonial, régimen financiero, presupuestario y contable, haciendo una mención especial al personal, así como a la organización y gestión de los diferentes centros y establecimientos que integran el Instituto Madrileño de la Salud. Por último los Capítulos VII y VIII, hacen referencia, respectivamente a la actividad y a los Órganos de Gobierno y Dirección.

IX

El Título IX de la presente Ley crea el «Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid», órgano de apoyo científico y técnico del Sistema Sanitario, que desarrolla actividades de planificación, gestión y evaluación de los servicios de Salud Pública.

En el actual modelo de servicios de salud pública existen dificultades intrínsecas, porque concita sobre las mismas personas la responsabilidad del análisis, la priorización, la evaluación, la adopción de medidas correctoras, la proposición en el desarrollo del marco legislativo, o la potestad sancionadora, entre otras.

Para superar estos inconvenientes y dotar a la función de salud pública de un instrumento eficaz de apoyo científico-técnico, se crea dicho Instituto, que con naturaleza de entidad de derecho público y personalidad jurídica propia, actúa en el marco de lo público en las funciones ligadas al ejercicio de la autoridad sanitaria, pero con amplias facilidades para la colaboración del sector privado previa identificación de intereses comunes en otras acciones como por ejemplo las de investigación.

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, tiene precedentes legislativos y operativos; legislativos en el marco de la Ley General de Sanidad, donde el legislador decidió separar las funciones de autoridad, de las funciones de apoyo científico-técnico al Sistema Nacional de Salud; y operativos, al haberse formalizado en diversas comunidades autónomas, estructuras en el estricto marco de la Salud Pública, encargadas de la gestión de los servicios técnicos, específicos de un determinado ámbito o generales de dicha Comunidad.

En concreto, al Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, le corresponden las actuaciones de intervención en materia de salud pública, de acuerdo con las directrices emanadas de la autoridad sanitaria, de vigilancia epidemiológica y vigilancia en salud pública, de diseño de programas de prevención de las enfermedades, de acreditación de los programas de prevención o de promoción de la salud, de gestión de los laboratorios de salud pública propios, coordinación de los laboratorios de salud pública de la Comunidad de

Madrid y cooperación con otros que realicen determinaciones de interés en materia de salud pública, de mejora de la salud laboral, con especial incidencia en el desarrollo de sistemas de información y vigilancia en esta materia, de formación del personal al servicio de la salud pública o de investigación científica en este campo específico, en coordinación con la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

La Autoridad Sanitaria se vincula con el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid a través de los instrumentos de compra de servicios de salud pública, que son a su vez las herramientas que le facultan para su asignación presupuestaria, control y seguimiento.

X

El Título X, se refiere específicamente a la «Formación e Investigación Sanitaria», y a la creación de la «Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid», en consonancia con lo dispuesto en el artículo 18, apartado 14 y 15, de la Ley General de Sanidad, estableciendo en el marco de los principios generales del artículo 113 de la Ley, que el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid deberá fomentar las actividades encaminadas a la mejora y adecuación de la formación de los profesionales sanitarios, de la investigación científica y la innovación tecnológica en el campo de las ciencias de la salud, para lo cual los recursos de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública deberán estar a disposición de la preparación, mejora y adecuación de la capacidad de sus profesionales y su desarrollo profesional, en el marco de una política interdepartamental del Consejo de Gobierno, coordinada, a fin de que la planificación y gestión de la formación e investigación en Ciencias de la Salud, se integren en el marco de los objetivos que se definan en materia de política sanitaria autonómica, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 5/1998, de 7 de mayo de Fomento de la Investigación Científica y la Innovación Tecnológica.

La indudable importancia que tiene la formación e investigación en el campo de las ciencias de la salud justifican el tratamiento de esta cuestión en un título aparte, siendo importante destacar la referencia expresa a la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, adscrita a la Consejería de Sanidad, que se articula como instrumento más eficaz para el desarrollo de la política de formación e investigación sanitarias, la definición, coordinación y evaluación de programas y la coordinación con otras entidades y órganos que actúan en este ámbito, para dar apoyo al Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

XI

El Título XI está dedicado a la «Actuación en materia de Drogodependencias». Indudablemente este es un aspecto sustantivo de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid, referida a un aspecto muy concreto, el de la reducción de la demanda o tratamiento del drogodependiente como un enfermo, más allá de otros aspectos que corresponden a la competencia del Estado.

En este ámbito, la Comunidad de Madrid presenta una situación diferenciada del resto de las Comunidades Autónomas, al contar con un Organismo Autónomo, la Agencia Antidroga, adscrita a la Consejería de Sanidad, con competencias específicas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, a cuya regulación se remite, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos en la presente Ley.

Tras definir como actuaciones en materia de drogodependencias, la prevención, asistencia, rehabilitación-reinserción, y formación en drogodependencias, con sus propios medios, y mediante la cooperación, coordinación y participación de la Comunidad de Madrid con las distintas administraciones y organizaciones sociales que intervengan en este campo, la Ley establece los principios generales de intervención.

XII

La Ley regula en el Titulo XII «Competencias de las Corporaciones Locales» en dicha materia, completando así la ordenación sanitaria de Comunidad de Madrid.

En atención a las competencias sanitarias que tienen atribuidas en la legislación vigente de régimen local, la Ley hace una mención expresa de sus responsabilidades en relación con el obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios en sus respectivos ámbitos territoriales, estableciendo una cierta función de tutela, así como de apoyo a la misma.

Destaca en este Título, de un lado, la referencia a los ámbitos de participación de los municipios en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, y de otro, la expresa referencia a la posibilidad de ejercer delegadamente competencias de la Consejería de Sanidad, siempre que acrediten poder ejecutar plenamente las competencias sanitarias propias, obtengan la correspondiente acreditación para ejecutar las delegadas en los términos que reglamentariamente se establezcan, se cumpla el principio de corresponsabilidad financiera, y asuman los resultados económicos de su gestión, de acuerdo con el principio de autonomía municipal.

XIII

Finalmente, el Título XIII, aborda el «Régimen Sancionador», en sus artículos 140 a 149, donde se regula la función de inspección y control en cumplimiento de la legislación sanitaria, las infracciones y sanciones y el ejercicio de la potestad sancionadora.

Obviamente, la implantación de este nuevo modelo integral, que corresponde a una Ley esencialmente garantista, fruto de un proceso que se ha pretendido que sea lo más participativo y dialogante posible para dotar a este texto normativo de la suficiente flexibilidad, versatilidad y mecanismos de adaptación a las necesidades que en el futuro puedan surgir, deberá llevarse a cabo de un modo gradual y progresivo a fin de asegurar plenamente el éxito de las mejoras que se propugnan, que se irán completando a medida que se proceda a la integración o adscripción funcional de los centros, servicios y establecimientos sanitarios actualmente de titularidad de otros organismos, con los servicios y funciones adscritos a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En definitiva, la aplicación del nuevo modelo que la presente Ley configura nos permitirá avanzar, sin duda, en la distribución adecuada de los recursos sanitarios, la optimización de los medios económicos que se destinan a los mismos, la coordinación de todo el dispositivo de cobertura sanitaria, la incentivación de los profesionales a través de medidas orientadas a mejorar sus condiciones de trabajo, su estabilidad en el empleo, su formación continuada y su desarrollo profesional, la participación de los usuarios en la toma de decisiones y la mejora de la calidad y del nivel de excelencia de los servicios sanitarios, con el objeto último y esencial de promover, proteger, restaurar, rehabilitar y mejorar la salud de los ciudadanos de Comunidad de Madrid, constituyendo la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid un instrumento fundamental y necesario para articular el compromiso que adquieren los Poderes Públicos con la ciudadanía respecto al desarrollo y aplicación de un derecho tan relevante como el relacionado con la protección y el cuidado de la salud.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

La presente Ley tiene por objeto la ordenación sanitaria en la Comunidad de Madrid, así como la regulación general de todas las acciones que permitan, a través de la constitución del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 de la Constitución Española, en su ámbito territorial y en el marco de las competencias que le atribuyen los artículos 27 y 28 de su Estatuto de Autonomía.

Artículo 2. *Principios Rectores.*

1. La creación del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se realiza bajo el principio de vertebración del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de consolidar la universalidad, la equidad y la igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones.

2. Garantizar y promover la vertebración y en todo caso actuar, de acuerdo con los principios de coordinación institucional y de política sanitaria con la Administración General del Estado competente en materia de Salud, mediante los mecanismos, estructuras administrativas u organismos establecidos a tal efecto.

3. La protección de la salud, la ordenación y la organización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, se ajustarán a los siguientes principios, en los términos previstos en la presente Ley:

a) Orientación del Sistema a los ciudadanos, estableciendo los instrumentos necesarios para el ejercicio de sus derechos, reconocidos en esta Ley, especialmente, la equidad en el acceso y la libre elección.

b) Concepción integral de nuestro Sistema Sanitario, incluyendo la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención, la asistencia en caso de enfermedad, la rehabilitación, la investigación y la formación sanitaria.

c) Concepción integrada del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, incluyendo todos los dispositivos sanitarios con independencia de su titularidad.

d) Universalización de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo para las personas residentes en la Comunidad de Madrid, así como para los transeúntes, en la forma y condiciones previstas en la legislación general que resulte de aplicación, atendiendo a los principios de igualdad y solidaridad y equidad en el acceso.

e) Equidad en las condiciones de acceso a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

f) Adecuación de las prestaciones sanitarias públicas ofertadas por nuestro Sistema Sanitario a las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.

g) Promoción e impulso de la cooperación y la coordinación entre el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid y las Administraciones Sanitarias del resto de las Comunidades Autónomas, con el objeto de preservar los derechos de los ciudadanos en materia de prestaciones asistenciales y las garantías en salud pública.

h) Promoción del interés individual, familiar y colectivo por la salud, mediante todas aquellas acciones encaminadas a introducir hábitos de vida saludables.

i) Promoción del medio ambiente saludable.

j) Descentralización, desconcentración, autonomía y responsabilidad en la gestión de los Servicios.

k) Desarrollo de la organización mediante el principio de separación de las funciones de autoridad, aseguramiento, compra y provisión de servicios sanitarios.

l) Racionalización, eficacia, simplificación, eficiencia y humanización de la organización sanitaria.

m) Promoción y garantía de la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios.

n) Participación de la sociedad civil en la formulación de la política sanitaria y el control de su ejecución en los términos previstos en la presente Ley.

o) Participación y responsabilidad de los profesionales sanitarios en las decisiones de organización, planificación y gestión de los recursos.

4. Las directrices de política sanitaria del Gobierno de la Comunidad y sus objetivos de salud, se ajustarán a dichos principios, con el fin de adecuar la planificación de las actuaciones y de los recursos a las necesidades de salud de la población.

TÍTULO II

Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 3. *Disposiciones generales.*

1. El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid es el conjunto de recursos, normas, medios organizativos y acciones, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud.
2. En el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se integran todas las funciones y prestaciones sanitarias de las Administraciones públicas, para garantizar el derecho a la protección de la salud.
3. La Comunidad de Madrid asumirá la tutela y control de todo el ámbito sanitario dentro de su territorio, sea éste público o privado, teniendo en cuenta en todo caso la naturaleza de los mismos en los términos establecidos en el ordenamiento jurídico vigente.

CAPÍTULO II

Ordenación del Sistema

Artículo 4. *Las Áreas Sanitarias.*

El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se organiza en un Área Sanitaria Única integrada por el conjunto del territorio de la Comunidad de Madrid.

Artículo 5. *Red sanitaria Única de Utilización Pública.*

1. Se crea la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de carácter funcional y sometida a lo dispuesto en el reglamento de desarrollo.
2. La Red Sanitaria Única de Utilización Pública estará integrada por todos los proveedores sanitarios públicos dependientes de la Comunidad de Madrid y por aquellos privados o públicos que previa acreditación y concertación puedan prestar servicios al Sistema Público, según se establezca reglamentariamente.
3. La Red Sanitaria Única de Utilización Pública se regirá por normas comunes de calidad y acreditación.
4. Los centros, servicios y establecimientos de carácter privado integrados en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública se relacionarán con el Servicio Madrileño de Salud y con las Agencias Sanitarias según lo dispuesto reglamentariamente.

Artículo 6. *Principios de organización y funcionamiento.*

Constituyen principios de organización y funcionamiento del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid:

a) La consideración de la persona como sujeto de derecho del Sistema Nacional de Salud, que, garantizando el respeto a su personalidad e intimidad, propiciará su capacidad de elección y el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad.
b) La concepción integral del Sistema en la planificación de actuaciones y en su orientación unitaria hacia el conjunto definido por las facetas sanitarias de vigilancia, protección, promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
c) La orientación prioritaria de los medios y actuaciones con respecto a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
d) La participación de la sociedad civil y de los profesionales sanitarios, tanto en la formulación de los planes y objetivos generales, como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de su ejecución.
e) La separación de las funciones de autoridad sanitaria, aseguramiento, compra y provisión de servicios sanitarios.

f) El respeto a la autonomía organizativa y de gestión, a las peculiaridades de los centros y a su identidad profesional.

g) El incremento de los niveles de cooperación y competencia regulada entre los centros, con observancia de los principios de gestión eficiente y calidad.

h) La suficiencia del marco de financiación con relación al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

i) La evaluación continua de los componentes de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública y su difusión, aplicando criterios objetivos, homogéneos y promoviendo su extensión al conjunto de los centros provisores de la Comunidad de Madrid.

Artículo 7. *Actividades del Sistema.*

1. Se desarrollarán prioritariamente las siguientes actividades:

a) Realización de los estudios de salud y epidemiológicos necesarios y su seguimiento, para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria.

b) Creación de los sistemas de información necesarios para facilitar el ejercicio adecuado de los distintos niveles de responsabilidad en el Sistema, según lo dispuesto en la normativa vigente en materia de Protección de Datos.

c) Adopción de medidas para la promoción de la calidad de los servicios sanitarios por los provisores de los mismos, así como el establecimiento de controles de calidad generales.

d) Articulación de un sistema de auditoria interna y externa y de acreditación para medir la calidad técnica de los recursos disponibles, con el concurso de los profesionales.

2. Las organizaciones y estructuras sanitarias, como servicios de interés público, que no dependan directamente de la Comunidad de Madrid y operen en su ámbito territorial, cualquiera que sea su titularidad, se sujetarán, a las normas de ordenación dictadas para garantizar la tutela de la Salud Pública y ejercerán su actividad conforme al principio de autorización administrativo-sanitaria previa, sin perjuicio de la libertad de empresa y del libre ejercicio de las profesiones Sanitarias.

Artículo 8. *Consejo de Gobierno.*

Corresponde al Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, en los términos establecidos en el artículo 1 de la presente Ley, las siguientes competencias:

a) La aprobación de la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.

b) La aprobación de la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, el acuerdo de constitución de organismos dependientes del mismo y de su proyecto de presupuesto.

c) La aprobación de la estructura orgánica del Instituto Madrileño de la Salud, el acuerdo de constitución de organismos dependientes del mismo y de su proyecto de presupuesto.

d) La aprobación de la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, el acuerdo de constitución de organismos dependientes del mismo y de su proyecto de presupuesto.

e) La aprobación de la estructura orgánica de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, el acuerdo de constitución de organismos dependientes de la misma y su proyecto de presupuesto.

f) El acuerdo de creación y autorización de entidades con personalidad jurídica propia adscritas a la Consejería de Sanidad o a sus Organismos.

g) El desarrollo de la normativa de los regímenes del personal procedentes de las distintas administraciones públicas sanitarias de acuerdo con la legislación vigente.

h) El nombramiento y cese del Director General del Servicio Madrileño de Salud.

i) El nombramiento y cese del Director General del Instituto Madrileño de la Salud.

j) El nombramiento y cese del Director General del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

k) El nombramiento y cese del Director General de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Artículo 9. *Consejería de Sanidad.*

Corresponderá a la Consejería de Sanidad, en relación con la ordenación sanitaria establecida en la presente Ley, las siguientes competencias:

1. Con carácter general:

a) El ejercicio de la Autoridad Sanitaria.
b) La determinación de los criterios, directrices y prioridades de la Política Sanitaria.
c) El establecimiento de los criterios de Planificación Sanitaria.
d) La aprobación del Plan de Salud.
e) La aprobación del Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid.
f) La aprobación del Plan de Servicios propuesto por el Servicio Madrileño de Salud.
g) La aprobación del Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.
h) El establecimiento de normas y criterios de actuación en cuanto a la acreditación de centros y servicios.
i) La dirección de los servicios propios, la elaboración de los planes de emergencia sanitaria y la coordinación operativa de los dispositivos de asistencia sanitaria a las emergencias, catástrofes y urgencias en la Comunidad de Madrid, sea cual fuera su titularidad, así como la coordinación con los similares de la Administración Central del Estado y del resto de Comunidades Autónomas, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 25/1997, de 26 de diciembre, de Regulación del Servicio de Atención de Urgencias 1-1-2.
j) La gestión de las prestaciones sanitarias, incluida la farmacéutica, así como la supervisión, inspección y evaluación de las mismas.
k) La definición y gestión del sistema de información y análisis de los factores que, por repercutir sobre la salud, puedan requerir acciones de la Autoridad Sanitaria.
l) La gestión del aseguramiento sanitario y la garantía del servicio a través de la estructura orgánica y funcional que establece la presente Ley.

2. En relación con las entidades públicas admitidas en derecho:

a) La tutela, gobierno, inspección, control y evaluación del Servicio Madrileño de Salud, del Instituto Madrileño de la Salud, del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, y de cuantos organismos o entes dependan de la Consejería de Sanidad.
b) La elevación al Consejo de Gobierno de la propuesta de estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, del Instituto Madrileño de la Salud, del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.
c) La elevación al Consejo de Gobierno de la propuesta de constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por parte del Servicio Madrileño de Salud, del Instituto Madrileño de la Salud, del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas.
d) La aprobación del Anteproyecto de Presupuesto del Servicio Madrileño de Salud, del Instituto Madrileño de la Salud, del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, y de cualquier otro ente con personalidad jurídica propia dependiente de la Consejería de Sanidad.
e) La aprobación de los precios y tarifas por la prestación y concertación de servicios, así como su modificación y revisión.
f) El acuerdo de nombramiento y de cese de los miembros de los órganos de Participación y de Gobierno, así como de los miembros del Consejo de Administración del Servicio Madrileño de Salud, del Instituto Madrileño de la Salud, del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, y de cualquier otro ente con personalidad jurídica propia dependiente de la Consejería de Sanidad, en los casos y en la forma previstos en la presente Ley.

g) La aprobación del reglamento de funcionamiento interno de los órganos de participación y de Gobierno.
h) Todas las demás que le atribuya el Ordenamiento Jurídico vigente.

3. En relación con las entidades públicas y privadas:

a) La autorización de la creación, modificación, traslado y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, si procede, y el cuidado de su registro, catalogación y acreditación, en su caso.
b) Los registros y autorizaciones sanitarias obligatorias de cualquier tipo de instalaciones, establecimientos, actividades, servicios o artículos directa o indirectamente relacionados con el uso o el consumo humano.

CAPÍTULO III

Dirección y financiación del sistema sanitario

Artículo 10. *Dirección, planificación y programación.*

1. La dirección, planificación y programación del Sistema Sanitario, es competencia del Gobierno de la Comunidad de Madrid y se ejecuta a través de los órganos competentes de la Consejería de Sanidad.
2. La Consejería de Sanidad desarrollará las siguientes funciones:

a) Las actuaciones necesarias que impliquen ejercicio de Autoridad, para garantizar la tutela general del Sistema Sanitario.
b) La ordenación de las relaciones con el ciudadano, en relación con las prestaciones sanitarias de cobertura pública.
c) La fijación de los objetivos de salud así como de actividad, calidad y financiación con cargo a los créditos presupuestarios.
d) La definición estratégica de los recursos sanitarios de titularidad pública con que cuenta el Sistema, según las necesidades de salud de la población y de las previsiones marcadas en el Plan de Salud de la Comunidad de Madrid.

Artículo 11. *Financiación.*

1. El dispositivo sanitario público y las prestaciones sanitarias derivadas del Sistema Nacional de Salud se financiarán con cargo a:

a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Comunidad de Madrid en los Presupuestos Generales del Estado.
b) Los rendimientos obtenidos de los fondos y tributos cedidos total o parcialmente por el Estado a la Comunidad de Madrid para fines sanitarios.
c) Los recursos no contemplados en el apartado b) de este artículo que le puedan ser asignados con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid.
d) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir, a tenor de las disposiciones vigentes, de los convenios interadministrativos que pudieran suscribirse para la atención sanitaria prestada a los españoles y extranjeros, así como cualquier otro recurso que pudiese ser atribuido o asignado.

2. Asimismo, constituyen fuentes de financiación del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid las siguientes:

a) Las partidas consignadas en los presupuestos de los Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid que con carácter suficiente, estén destinadas a atender el gasto que se derive del cumplimiento de las funciones y competencias sanitarias que les correspondan.
b) Las subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares a los entes de naturaleza pública.

3. En los casos en que el dispositivo público del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid tenga derecho al reembolso de los gastos efectuados, las tarifas de precios se fijarán teniendo en cuenta los costes efectivos totales de los servicios prestados.

CAPÍTULO IV

Las actuaciones de la Administración Sanitaria

Sección 1.ª Autoridad sanitaria

Artículo 12. *Autoridad Sanitaria.*

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ejerce la función de Autoridad Sanitaria de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en el resto de las normas que le sean de aplicación.

Para la garantía de los derechos de los ciudadanos y del interés público, corresponde a la Consejería de Sanidad:

a) El desarrollo de la función de aseguramiento a través de las Agencias Sanitarias.

b) La normativa en materia de organización del Sistema Sanitario, salud pública y de ordenación farmacéutica.

c) La ejecución de la legislación de productos farmacéuticos y sanitarios.

d) La autorización de apertura, modificación y cierre de centros, establecimientos y servicios sanitarios.

e) La definición de los estándares y mecanismos de acreditación para los centros, establecimientos y servicios sanitarios.

f) La realización de la evaluación e inspección sanitaria.

g) La coordinación de las relaciones administrativas e institucionales.

h) La creación, acreditación y supervisión de los Comités de Ética.

i) La promoción de la investigación, la formación y los estudios sanitarios.

Artículo 13. *Coordinación sanitaria.*

1. Le corresponde a la Autoridad Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en el ámbito de su competencia, la coordinación sanitaria cuyo propósito es el de vertebrar el Sistema Sanitario, integrando la diversidad de actuaciones de la sociedad civil y las distintas administraciones sanitarias, en relación con los objetivos de salud y evitando las disfunciones que puedan dificultar la funcionalidad del Sistema.

2. La Autoridad Sanitaria de la Comunidad de Madrid, ejercerá la coordinación sanitaria mediante la aplicación de esta Ley y la creación, en virtud de las potestades que le son propias, especialmente en las actividades que resulten de interés estratégico, de mecanismos de relación entre la sociedad civil y las distintas administraciones sanitarias que posibiliten: a) la información reciproca de su actividad en relación con los objetivos sanitarios, b) la homogeneidad y la idoneidad técnica de las actuaciones y c) la actuación conjunta.

Artículo 14. *Acreditación y evaluación sanitaria.*

La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, mediante las potestades que le son propias, establecerá medidas para garantizar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios. En particular, promoverá el control interno y externo de la actividad asistencial, establecerá estándares mínimos y comunes para el Sistema y fomentará el desarrollo de la política de calidad total en el conjunto del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Artículo 15. *Salud Pública.*

La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de los que dispone el Sistema Sanitario y de los organismos competentes en cada caso, promoverá, impulsará y desarrollará las actuaciones de salud pública encaminadas a garantizar los derechos de protección de la salud de la población de la Comunidad de Madrid, desde una perspectiva comunitaria, con especial énfasis en:

a) La adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y colectiva.

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

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

d) Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar.

e) La protección, promoción y mejora de la salud laboral.

f) El control de la calidad, higiene y en definitiva, de la seguridad de los productos alimenticios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.

g) La promoción y mejora de las actividades de Veterinaria de Salud Pública, sobre todo en las áreas de la Higiene Alimentaria, en Mataderos e Industrias de su competencia, y en la armonización funcional que exige la prevención y lucha contra las zoonosis.

h) La vigilancia en salud pública y la difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.

i) La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria en materia de Salud Pública.

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

Sección 2.ª Asistencia sanitaria

Artículo 16. *Asistencia Sanitaria.*

La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de que dispone su Sistema Sanitario, desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

a) La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo a la atención sociosanitaria.

b) La atención integrada de salud mental potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias.

c) La asistencia sanitaria a las emergencias, catástrofes y urgencias en la Comunidad de Madrid.

d) La prestación de la asistencia farmacéutica promoviendo su correcta y adecuada utilización.

e) El control y la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

f) La mejora y adecuación de la formación del personal al servicio del Sistema Sanitario, así como la participación en las actividades formativas de pregrado, postgrado y formación continuada.

g) El fomento y participación en las actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud e innovación tecnológica.

h) La atención a la salud bucodental de la población, para promover la salud oral y la prevención, implantando un Programa de Atención Dental Infantil que incrementalmente atienda a todos los niños de 7 a 16 años, a las personas con especiales necesidades sanitarias de atención dental, y a las personas sin recursos.

Sección 3.ª Salud Laboral

Artículo 17. *Salud Laboral.*

1. La Administración de la Comunidad de Madrid, promoverá actuaciones en materia de Salud Laboral, en el marco de lo dispuesto en la legislación vigente.

2. Las Administraciones Públicas de la Comunidad de Madrid, en el ámbito de sus respectivas competencias, desarrollarán la prevención, protección, promoción y mejora de la salud integral del trabajador.

3. Será competencia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el desarrollo como mínimo de las siguientes funciones:

a) La promoción general de la salud integral de la población incluida la relacionada con el ámbito laboral.

b) La realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de patologías que con carácter general se puedan ver producidas o agravadas por las condiciones de trabajo.

c) El desarrollo en la Comunidad de Madrid, de los sistemas de información sanitaria que se diseñen con carácter propio o para todo el Estado, destinados a permitir determinar la morbilidad y mortalidad por patologías profesionales, de manera integrada con el resto de sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

d) La promoción de la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en los planes, programas y actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud laboral.

e) La supervisión de la formación que, en materia de prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal sanitario de los servicios de prevención autorizados.

f) La inspección, supervisión y registro de los aspectos sanitarios de los servicios ajenos de prevención autorizados o que soliciten la autorización para su reconocimiento como tales en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

g) Cualquier otra que pudiera serle encomendada por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid.

4. El ejercicio de dichas competencias se desarrollará de manera coordinada con los Departamentos competentes en materia laboral.

Sección 4.ª De las Administraciones Locales

Artículo 18. *Corporaciones Locales.*

1. Las Corporaciones Locales de la Comunidad de Madrid, en los términos previstos en la presente Ley, ejercerán las competencias que en materia de control sanitario y salubridad les atribuye el Ordenamiento Jurídico, sin perjuicio de su capacidad institucional de actuación complementaria, y de desarrollo de las competencias que en su caso les delegue la Comunidad.

2. En el desarrollo de sus competencias, se observará la coordinación necesaria con la Administración de la Comunidad de Madrid, que redunde en la mejora de los principios de equidad y eficiencia, tendiendo además, en el desarrollo de su capacidad institucional de actuación complementaria o de competencias delegadas, al cumplimiento de los objetivos enunciados en el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, bajo la supervisión y coordinación de la Consejería de Sanidad.

CAPÍTULO V

Régimen de impugnación de los actos, responsabilidad, representación y defensa en juicio

Artículo 19. *Régimen de Impugnación de los Actos.*

1. Contra los actos administrativos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid los interesados podrán interponer los recursos que correspondan en los mismos casos, plazos y formas previstos en la legislación sobre procedimiento administrativo.

2. Las reclamaciones administrativas previas a la vía jurisdiccional civil, deberán dirigirse al Órgano de Gobierno del Ente emisor de la resolución recurrida a quien corresponde la competencia de resolver sobre el mismo.

3. Las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional laboral deberán dirigirse al Director General del órgano que emitió dicha resolución, en el ámbito de sus respectivas competencias.

4. Los actos relativos a los servicios y prestaciones sanitarias serán impugnables en los mismos supuestos y con los mismos requisitos que la legislación general establece.

Artículo 20. *Responsabilidad.*

El régimen de responsabilidad de la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid y de las autoridades y funcionarios que prestan en él sus servicios se regirá de acuerdo con lo dispuesto en la normativa general de aplicación para la Administración de la Comunidad de Madrid.

Artículo 21. *Representación y defensa en juicio.*

1. La representación y defensa en juicio de los órganos que integran la Administración Sanitaria corresponderá a los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid o a los letrados de la Administración de la Seguridad Social, sin perjuicio de que las mencionadas funciones de representación y defensa en juicio puedan ser encomendadas, a uno o más abogados colegiados en ejercicio, de acuerdo con lo previsto en el artículo 447 de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

2. Sin perjuicio de lo previsto en el apartado anterior, en los supuestos de resarcimiento de gastos por atención sanitaria prestada a no beneficiarios del Sistema Nacional de Salud, o cuando existan terceros responsables que deban hacerse cargo de la asistencia, legal o contractualmente, la Consejería de Sanidad podrá contratar, de acuerdo con la normativa vigente, los servicios de abogados, ya actúen de forma individual o colectiva, o de personas jurídicas dotadas de servicios jurídicos dentro de su misma organización, que realicen todas las gestiones conducentes al cobro, sea en fase prejudicial o judicial, en cuyo caso la representación y defensa en juicio del mencionado ente corresponderá a los referidos abogados o, si procede, a aquellos otros que estén vinculados de forma estable a las personas jurídicas contratadas, que deberán ser colegiados en ejercicio y estar debidamente apoderados.

TÍTULO III

De la iniciativa privada sanitaria

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 22. *Principios generales.*

La administración sanitaria promoverá, con el objeto de ordenar la colaboración de todos en la protección de la salud de los ciudadanos, el desenvolvimiento coordinado y armónico de las organizaciones sanitarias privadas y entre estas y las del ámbito público, cualquiera que sea su naturaleza, así como de las iniciativas sanitarias de la sociedad civil, de acuerdo con los principios de orientación al ciudadano, eficacia, eficiencia, integración de acciones y acreditación previa.

CAPÍTULO II

De las organizaciones sanitarias

Artículo 23. *Definición.*

1. Se considera organización sanitaria privada, la que con dicha titularidad, y con independencia de la forma jurídica de la entidad que la lleve a cabo, realiza una actividad sistemática de provisión de servicios sanitarios cuyo propósito es el de satisfacer las

necesidades sanitarias de un grupo de personas o de la población en general, de acuerdo con unas condiciones preestablecidas.

2. La actividad de organización de servicios sanitarios tendrá, a los efectos contemplados en la presente Ley, la consideración de actividad diferenciada de la de operación de seguros privados así como del ejercicio individual de las profesiones sanitarias que son objeto de regulación específica.

Artículo 24. *Autorización Previa.*

1. La organización de servicios sanitarios privados estará sometida a la autorización sanitaria reglada y previa. En el caso de entidades de seguro, la anterior autorización se entenderá comprendida en el informe sanitario favorable que establece la normativa de ordenación y supervisión de los seguros privados.

2. Las relaciones contractuales entre las organizaciones sanitarias privadas y los proveedores de servicios sanitarios, tanto profesionales como empresas sanitarias, se formalizarán por escrito, especificándose la adscripción al Colegio Profesional correspondiente, la titulación, la modalidad de contratación y otras circunstancias que se establezcan para el ejercicio de las profesiones tituladas. En el control de esta obligación los Colegios Profesionales colaborarán con la autoridad sanitaria.

3. Por la autoridad sanitaria se creará un registro de organizaciones sanitarias privadas.

Artículo 25. *Vertebración de las organizaciones sanitarias privadas.*

1. La administración sanitaria velará por que las organizaciones sanitarias privadas se vertebren en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid por medio de las siguientes actuaciones:

a) Armonización de los sistemas de información.
b) Colaboración con las actividades de salud pública.
c) Colaboración con las iniciativas de calidad total.
d) Colaboración con los programas de formación e investigación.
e) Colaboración en el acceso a la historia clínica electrónica.

2. Los profesionales sanitarios que presten servicio en hospitales o centros sanitarios de la Comunidad de Madrid, podrán tener acceso a la información contenida en la historia clínica electrónica, tanto pública como privada, de los pacientes a los que prestan asistencia en el marco temporal que dure esa atención. Este acceso exige el cumplimiento de la normativa de protección de datos de carácter personal y del consentimiento del paciente, de acuerdo con sus regulaciones específicas.

TÍTULO IV

Derechos y deberes de los ciudadanos

CAPÍTULO I

Derechos y deberes de los ciudadanos

Artículo 26. *Principios generales.*

1. Son principios informadores de la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, la orientación al ciudadano como persona, su autonomía y la garantía de los derechos a la intimidad y a la protección de los datos de carácter personal.

2. Todos los ciudadanos serán objeto de la misma consideración y respeto y respetarán a su vez las reglas establecidas en sus relaciones con el Sistema Sanitario.

3. El desarrollo y la aplicación efectiva de los derechos de los ciudadanos en sus relaciones con el Sistema Sanitario se llevarán a cabo teniendo en cuenta el enfoque de la ética aplicada a la sanidad, así como las recomendaciones establecidas en las Declaraciones Internacionales de Bioética suscritas por España.

4. Las administraciones sanitarias promoverán el desarrollo y aplicación efectiva de los derechos de los ciudadanos y en particular promoverán la creación, acreditación y supervisión de la actividad de los comités de Ética para la Asistencia Sanitaria en los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, así como de los Comités de Ética en la Investigación Clínica.

5. Las administraciones sanitarias y las organizaciones sanitarias privadas dispondrán de cauces adecuados eficaces y suficientes para canalizar las reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios, y promoverán de forma activa el conocimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos en sus relaciones con el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Artículo 27. *Derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario.*

Además de los derechos regulados en la Ley General de Sanidad, se reconocen como derechos de los ciudadanos en relación con el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid:

1. El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Este derecho incluye el respeto a la decisión de no querer ser informado.

2. En situaciones de riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones sobre su salud, se arbitrarán los mecanismos necesarios para cada circunstancia que mejor protejan los derechos de cada ciudadano.

3. El ciudadano tiene derecho a mantener su privacidad y a que se garantice la confidencialidad de sus datos sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente.

4. El ciudadano como paciente tiene derecho a conocer la identidad de su médico o facultativo, quien será responsable de proporcionarle toda la información necesaria que requiera, para poder elegir y, en su caso, otorgar su consentimiento a la realización de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, profilácticos y otros, que su estado de salud precise.

5. El ciudadano como paciente tiene derecho a conocer si el procedimiento, diagnóstico o terapéutico que le sea dispensado será empleado en un proyecto docente o en una investigación clínica, a efectos de poder otorgar su consentimiento.

6. El paciente, por decisión propia, podrá requerir que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados u otros, y que sean estos quienes otorguen el consentimiento por sustitución.

7. El derecho a la información sobre la propia salud incluye el acceso a la información escrita en la historia clínica, resultados de pruebas complementarias, informes de alta, certificados médicos, y cualquier otro documento clínico que contenga datos sanitarios propios. El grado de confidencialidad de los mismos debe ser decidido por el paciente.

8. El ciudadano tiene derecho a ser informado de los riesgos para su salud en términos comprensibles y ciertos, para poder tomar las medidas necesarias y colaborar con las autoridades sanitarias en el control de dichos riesgos.

9. Los ciudadanos tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, así como a una segunda opinión, en los términos que reglamentariamente se determinen.

10. El ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.

11. Se reconoce el derecho al respeto de la voluntad del paciente en el proceso de morir.

12. Se reconoce el derecho a los cuidados paliativos integrales de calidad incluida la sedación paliativa.

Artículo 28. *Instrucciones Previas.*

(Derogado)

Artículo 29. *Información Sanitaria.*

1. La autoridad sanitaria velará por el derecho de los ciudadanos a recibir, por cualquier medio de comunicación, información sanitaria clara, veraz, relevante, fiable, equilibrada, actualizada, de calidad y basada en la evidencia científica, que posibilite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de su salud.

2. La autoridad sanitaria garantizará el derecho a recibir información sanitaria por medio de las siguientes actuaciones:

a) Desarrollo de mecanismos de acreditación que permitan la identificación por parte del ciudadano y del profesional de las fuentes de información que cumplan con los requisitos exigibles.

b) Desarrollo de redes de información sanitaria integrada de calidad, cumpliendo con todas las medidas que estén vigentes en materia de protección de datos de carácter personal y de identificación mediante firma digital avanzada.

c) Fomento del autocontrol responsable en la información sanitaria.

d) Control directo de la publicidad sanitaria en los casos y en la forma que reglamentariamente se determine.

e) Difusión directa de información sanitaria de interés para el ciudadano con especial énfasis en situaciones de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias.

f) Difusión de la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder el ciudadano, así como sobre las normas para su uso.

Artículo 30. *Deberes de los ciudadanos.*

Los ciudadanos, respecto a la utilización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid tienen los siguientes deberes individuales:

1. Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.

2. Utilizar las instalaciones de forma adecuada a fin de que las mismas se mantengan en todo momento en condiciones de habitabilidad.

3. Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos, ofrecidos por el Sistema Sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de los servicios, procedimientos de incapacidad laboral y prestaciones.

4. Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se otorgan a través de la presente Ley.

5. Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en los mismos.

6. Firmar, en caso de negarse a las actuaciones sanitarias, el documento pertinente, en el que quedará expresado con claridad que el paciente ha quedado suficientemente informado y rechaza el procedimiento sugerido.

CAPÍTULO II

Agencias sanitarias

Artículo 31. *Objeto.*

1. Se crea la Agencia Sanitaria, cuyo objetivo es aproximar y facilitar al ciudadano la gestión de los trámites administrativo-sanitarios referidos a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid.

2. La Agencia Sanitaria se constituye como garante de los derechos de los ciudadanos en relación con las prestaciones sanitarias.

A tal fin, se establecerá una red de Agencias en las distintas Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Artículo 32. *Naturaleza.*

La Agencia Sanitaria se constituye como un servicio administrativo dependiente de la Consejería de Sanidad y vinculada a la función de Autoridad Sanitaria y aseguramiento público, cuya acción principal es la orientación efectiva del Sistema Sanitario hacia el ciudadano.

Artículo 33. *Fines.*

La Agencia Sanitaria tendrá como fines:

1. Garantizar el aseguramiento del ciudadano en relación con las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Garantizar las prestaciones sanitarias en los términos expresados en esta Ley, su normativa de desarrollo y demás normativa aplicable.
3. Facilitar el ejercicio del derecho a la protección de la salud mediante el adecuado acceso a los servicios establecidos para tal fin.

Artículo 34. *Funciones.*

Para la consecución de sus fines la Agencia Sanitaria desarrollará las siguientes funciones:

a) Tutela del derecho de asistencia sanitaria.
b) Tutela de los derechos sanitarios de los usuarios del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid
c) Gestión del acceso a la Red Sanitaria Única de Utilización pública de los ciudadanos en el territorio de la Comunidad de Madrid.
d) Información al ciudadano sobre las posibilidades que le ofrece el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, con el objeto de facilitarle su derecho de libre elección, ofreciendo información clara, activa y adecuada a las características concretas de su demanda y del funcionamiento, calidad y correcta utilización de los Servicios Sanitarios.
e) Tramitación de los procedimientos de carácter administrativo necesarios para la efectividad de los derechos reflejados en la presente Ley.
f) Emisión de la Tarjeta Individual Sanitaria.
g) Emisión y gestión de las certificaciones de derecho a la asistencia sanitaria en el extranjero.
h) Información sobre sistemas de acceso a programas de salud diseñados para colectivos específicos.
i) Tramitación de las prescripciones en las que reglamentariamente se prevea la intervención de la inspección sanitaria.
j) Proponer la resolución de quejas y reclamaciones.
k) Cualquier otra que se determine reglamentariamente.

Artículo 35. *Organización.*

1. En cada Área Sanitaria habrá al menos una Agencia Sanitaria.
2. Cada Agencia tendrá adscrita un número determinado de ciudadanos inicialmente en función de criterios de proximidad territorial.
3. El ciudadano podrá cambiar su adscripción inicial en la forma y condiciones que se establezcan reglamentariamente.
4. Sin perjuicio de lo anterior el ciudadano tendrá derecho a realizar cualquier gestión, en el ámbito de las competencias de estas Agencias, en cualquiera de las existentes en la Comunidad de Madrid.
5. Los desplazados y extranjeros, tendrán garantizados sus derechos con relación al Sistema Nacional de Salud, mediante la utilización de las Agencias Sanitarias. Esta utilización se realizará mediante una adscripción de carácter temporal a la Agencia Sanitaria que corresponda territorialmente al lugar de su estancia y a los efectos de gestionar las prestaciones a las que tenga derecho en función del ordenamiento vigente durante su estancia en la Comunidad de Madrid.

6. Para las adscripciones temporales se emitirá una Tarjeta de Identificación Sanitaria que haga constar esta circunstancia.

CAPÍTULO III

Del Defensor del Paciente

Artículos 36 a 39.

(Derogados)

TÍTULO V

De la participación social, institucional y civil

CAPÍTULO I

De la participación en general

Artículo 40. *Participación en general.*

1. De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 9.2 y 129.1 de la Constitución Española y en los artículos 5 y 53 de la Ley General de Sanidad, los ciudadanos de la Comunidad de Madrid tendrán derecho a participar en la política sanitaria y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecta directamente a la calidad de la vida o al bienestar general.

2. La participación, tanto en la formulación de la política sanitaria como en su control, es un derecho del ciudadano y de la sociedad en general, un valor social, una garantía de estabilidad y un instrumento de cooperación e información del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, para la mejora de la salud.

3. El Derecho de participación implica la responsabilidad en su ejercicio, así mismo obliga a actuar con lealtad al interés general, al bien público y a la promoción del bienestar social.

CAPÍTULO II

De la participación ciudadana

Artículo 41. *Creación del Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid.*

1. Se crea el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid, como órgano de participación ciudadana en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad.

2. Su naturaleza, régimen jurídico, funciones y composición se establecerán reglamentariamente.

CAPÍTULO III

El Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid

Artículos 42 a 45.

(Suprimidos)

CAPÍTULO IV

De los Consejos de Salud de las Áreas Sanitarias

Artículos 46 a 47.

(Suprimidos)

CAPÍTULO V

El Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria

Artículo 48. *Naturaleza.*

El Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria de la Comunidad de Madrid es un órgano de coordinación y asesoramiento en materia de seguridad e higiene de los alimentos creado por Decreto 87/2000, de 18 de mayo, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Artículo 49. *Fines.*

Tiene por finalidad impulsar la participación de los sectores implicados, a través de sus organizaciones, en la prevención de los riesgos para la salud relacionados con el consumo de alimentos, así como colaborar con la Administración Sanitaria en las alertas alimentarias que se presenten y servir de cauce de información para los sectores interesados y consumidores.

Artículo 50. *Funciones.*

Son sus funciones:

a) Actuar como órgano de consulta y asesoramiento del Consejero de Sanidad.
b) Emitir informes y elaborar propuestas en su ámbito competencial.
c) Conocer los anteproyectos de especial relevancia relativos a su ámbito de actuación.
d) Impulsar la coordinación entre la iniciativa pública y privada.
e) Contribuir, con su criterio, a apoyar la gestión que debe realizar la Autoridad Sanitaria de las alertas alimentarias que se presenten.
f) Promover la información, a través de sus representantes en el Consejo.
g) Proponer la realización de estudios y líneas prioritarias de investigación que contribuyan a un mejor conocimiento de los riesgos alimentarios.
h) Otras actividades que contribuyan a mejorar la salud de la población de la Comunidad de Madrid, a través de una alimentación sana.

Artículo 51. *Estructura.*

El Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria estará sujeto a desarrollo reglamentario.

CAPÍTULO VI

Incentivos a la participación en investigación en ciencias de la salud, innovación tecnológica sanitaria y promoción de la salud

Artículo 52. *Incentivos a la participación.*

1. El Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, arbitrará las medidas legislativas, de carácter fiscal y tributario necesarias, para incentivar la participación pública y privada en investigación en ciencias de la salud, innovación tecnológica y promoción de la salud, así como para la simplificación de sus procedimientos administrativos.
2. Las aportaciones de las personas físicas y jurídicas destinadas a tal fin, serán objeto de reconocimiento público e institucional, como reglamentariamente se disponga.
3. Cuando dichas aportaciones tengan como objeto financiar planes, programas o actividades desarrolladas por la Consejería de Sanidad o sus organismos dependientes, con el fin de dotarlos de transparencia, éstas se publicarán en el «Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid».

TÍTULO VI

Salud pública

CAPÍTULO I

Principios, objeto y funciones

Artículo 53. *Principios.*

1. La planificación, gestión y evaluación de los Servicios de Salud Pública, como el resto de la acción sanitaria de la Administración, debe estar basada en principios de solidaridad y equidad, y realizarse en beneficio de la población, mediante el análisis objetivo de necesidades y la priorización de acciones. Dicho análisis, independientemente de su urgencia, debe ser en todo momento lo más objetivo y participativo posible, de modo que las decisiones basadas en él sean congruentes con el análisis efectuado.

2. Las acciones serán siempre y en todo caso, las más ajustadas al análisis de necesidades, con el objeto de que además de cumplir con su función, sean percibidas como las más adecuadas por la población, contribuyendo además a ganar credibilidad en la visualización del ejercicio de la autoridad sanitaria, lo cual en si mismo es un objetivo, dado que beneficia el propio resultado en salud de esas acciones.

3. El ejercicio de la función de salud pública, como garantía gubernativa, debe realizarse mediante una organización que evite que sobre las mismas personas recaiga la responsabilidad del análisis, la priorización, la evaluación, la adopción de medidas correctoras, la proposición en el desarrollo del marco legislativo y la potestad sancionadora, debiendo por tanto promocionarse una correcta separación de funciones e identificación de responsables y programas.

4. Todos los profesionales y centro sanitarios del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, órganos de la Administración y la población en su conjunto, están obligados a colaborar con la autoridad sanitaria para el normal desarrollo de las funciones de salud pública y ante aquellas situaciones de alerta sanitaria en que sea necesaria la adopción de medidas especiales de salud pública.

Artículo 54. *Objeto.*

1. El objeto de la salud pública es la adopción de todas las medidas necesarias para la protección de la salud colectiva de la población.

2. Se establece la vigilancia en salud pública como el proceso básico de desarrollo de las actividades de salud pública que alcanzaría a la completa definición e instauración de actuaciones que, ajustadas a la situación de salud medida en la población, tiendan a modificar los determinantes del proceso salud-enfermedad, para alcanzar el más completo estado de bienestar de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Artículo 55. *Funciones.*

1. La función de Autoridad en Salud Pública incluye:

a) La adopción cuando proceda, de las medidas previstas en la Ley 3/1986, de 14 de abril de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, y especialmente en los supuestos contemplados en sus artículos 2 y 3.

b) La adopción de cualquier otra medida necesaria en función del análisis de los determinantes del proceso salud-enfermedad en la Comunidad de Madrid.

c) La función de inspección en salud pública incluyendo el control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud en la cadena alimentaria desde la producción hasta su comercialización y cualquier otra actuación relacionada con la inspección territorial de salud pública.

d) Las actuaciones relacionadas con la aplicación de la legislación vigente en materia de sanidad mortuoria, en evitación de los riesgos derivados de las prácticas tanatológicas, incluyendo las condiciones sanitarias de los cementerios, velatorios y demás establecimientos relacionados con el manejo de cadáveres.

e) El desarrollo en materia de salud pública de las competencias determinadas por el artículo 28.2 de la Ley 3/1983 de 25 de febrero del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid en lo que se refiere a la administración, ejecución, inspección y dictado de reglamentos de carácter interno de organización de los servicios correspondientes, de conformidad con las normas reglamentarias de carácter general que, en desarrollo de su legislación, dicte el Estado.

f) La propuesta de normas, contratos y convenios que en el marco de la legislación de superior rango interesen para garantizar la mejora de la salud de la población de la Comunidad de Madrid, el dictado de resoluciones con las que articular los procedimientos administrativos tendentes a garantizar la ejecución de las funciones de salud pública, y la propuesta de los programas y acciones y del contenido económico para financiarlos, que haya de ser recogido en las leyes de presupuestos correspondientes a cada ejercicio.

2. La elaboración del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid.

3. La promoción de la salud como actividad fundamental del Sistema.

4. La promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante la educación sanitaria de la población, y de promoción de la educación para la salud, como método, en la relación profesional sanitario-paciente.

5. La promoción de la vigilancia epidemiológica tanto de las enfermedades transmisibles como no transmisibles, y de todos los determinantes del proceso salud-enfermedad relacionados con la interacción del individuo con el medio. A tal fin, y con sujeción a lo establecido en la norma estatal y autonómica aplicable a la materia de protección de datos de carácter personal, los datos relativos a la salud serán cedidos a la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid por parte de los responsables de los ficheros, cualquiera que sea su titularidad, cuando resulten necesarios para prevención de la enfermedad, o la realización de estudios epidemiológicos.

6. La aprobación de los programas de prevención de enfermedades elaborados por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, o por cualquier otro centro o servicio público del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

7. La Veterinaria de Salud Pública en relación con el control de la higiene, la tecnología y la seguridad alimentaria, así como la prevención y lucha contra las zoonosis y las técnicas necesarias para la evitación de riesgos en el hombre, debidos a la vida animal o sus enfermedades.

8. La adecuación del medio ambiente a la salud en todos los ámbitos de la vida.

9. La promoción y mejora de la salud laboral.

10. La promoción de la mejora de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria, y de fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud pública, mediante su participación en las actividades de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

11. La colaboración con el sector privado de servicios de salud que desarrolle programas o actividades de prevención primaria o secundaria, a fin de establecer objetivos comunes y definir en que modo la información de salud o morbilidad obtenida en dichos programas se incorpora a los sistemas de registro que con carácter general desarrolle el sistema público para el mismo fin.

CAPÍTULO II

Educación para la salud de la población

Artículo 56. *Educación para la Salud de la población.*

1. La educación para la salud es una herramienta a aplicar en las relaciones de cualquier tipo que establezca el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid con los ciudadanos, cuyo objetivo es promover la modificación en sentido favorable de los conocimientos y actitudes respecto de la salud para conseguir el cambio de comportamientos de los individuos, grupos y colectividades.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos anteriores, el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid contribuirá de una forma coordinada y participativa, en el desarrollo de

su función, a la adopción de acciones para la educación sanitaria, como elemento primordial para la mejora de la salud individual y colectiva.

3. Las corporaciones locales orientarán el ejercicio de sus actuaciones complementarias relacionadas con lo dispuesto en la presente Ley, hacia la actividad de educación sanitaria y de promoción de la salud pública.

CAPÍTULO III

Cooperación en materia de salud pública

Artículo 57. *Cooperación en materia de Salud Pública.*

Se potenciará la cooperación interinstitucional y se garantizará la integración efectiva de los programas de salud pública en los referentes de la Unión Europea. Asimismo se promoverán medidas de colaboración y transmisión de información entre los profesionales de la salud pública de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas, a fin de garantizar la utilización de datos comparables y el desarrollo de actuaciones conjuntas.

TÍTULO VII

Del Servicio Madrileño de Salud

CAPÍTULO I

Objeto y naturaleza

Artículo 58. *Objeto.*

1. Se crea el Servicio Madrileño de Salud para llevar a cabo, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, una adecuada configuración y asignación del presupuesto para la asistencia sanitaria de la población con derecho a cobertura asistencial en función de las necesidades estimadas y que permita, a su vez, una adecuada orga nización y ordenación del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

2. También será objeto del Servicio Madrileño de Salud, gestionar el dispositivo asistencial del extinto Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid, en virtud de la disposición Final Primera.

3. Todo ello, para el mantenimiento y mejora del nivel de salud de la población, mediante el desarrollo de las funciones que tiene encomendadas.

Artículo 59. *Naturaleza.*

1. El Servicio Madrileño de Salud es un Ente de derecho público, de los previstos en el artículo 6 de la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, Reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, adscrito a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

2. El Servicio Madrileño de Salud se sujetará con carácter general al derecho privado, y lo hará al derecho público en los casos que se establecen a continuación. Se rige por los preceptos de la presente Ley, sus disposiciones complementarias de desarrollo y el Ordenamiento Jurídico de aplicación.

3. El Servicio Madrileño de Salud se somete al Derecho Público en las siguientes materias:

a) Relaciones del Servicio Madrileño de Salud con las Administraciones Públicas.
b) Régimen Patrimonial.
c) Régimen financiero, presupuestario y contable.
d) Régimen de impugnación de actos y de responsabilidad.
e) Relaciones con los ciudadanos en materia de asistencia sanitaria pública.
f) Régimen de funcionarios o personal estatutario cuando la relación jurídica así lo exija.

4. El régimen de contratación del Servicio Madrileño de Salud se ajustará a las previsiones de la legislación de aplicación sobre contratos en este tipo de entidades. Los contratos de servicios sanitarios en régimen de concierto y el Contrato Sanitario se regirán por sus normas específicas.

5. El personal del Servicio Madrileño de Salud estará formado por:

a) El personal del Servicio Regional de Salud que se incorpora con las mismas condiciones, características, derechos y obligaciones que posean en el momento de su adscripción.

b) El personal que se incorpore al mismo de acuerdo con la normativa vigente.

c) El personal que por necesidades del servicio o por características especiales de determinados programas le sea adscrito del Instituto Madrileño de la Salud u otras dependencias de la Comunidad de Madrid.

d) Otro personal del Sistema Nacional de Salud.

6. En el ejercicio de sus funciones y representación, el Servicio Madrileño de Salud en su totalidad goza de la reserva de nombre y los beneficios de cualquier naturaleza que la legislación atribuye a la Administración de la Comunidad de Madrid.

CAPÍTULO II

Fines y Funciones

Artículo 60. *Fines.*

1. Son fines del Servicio Madrileño de Salud:

a) La adecuada asignación de los recursos presupuestarios afectos a la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta las características socioeconómicas, epidemiológicas, sanitarias y poblacionales del territorio.

b) La coordinación de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid para la optimización de todos los recursos disponibles.

c) La integración de las actuaciones relativas a la protección y mejora de la salud de la población.

d) La promoción de la humanización en todos los centros sanitarios de utilización pública de la Comunidad de Madrid, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona, a la libertad individual y a los derechos humanos.

e) La utilización de los instrumentos de asignación presupuestaria para promover la optimización de la calidad y la modernización de los servicios.

f) La determinación del catálogo de procesos y servicios que pondrá al servicio de la población con el objeto de proteger la salud y promover estándares de servicios en los centros asistenciales, en consonancia con el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

2. El Servicio Madrileño de Salud contará con una organización adecuada que permita:

a) La atención integral de la salud del individuo, comprensiva tanto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como de las acciones curativas y rehabilitadoras necesarias, que colabore en la reinserción social, en el ámbito de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

b) Proteger la salud a través de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, en condiciones de respeto a la intimidad personal y a la individualidad de los usuarios, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con las personas y sin ningún tipo de discriminación de raza, sexo, religión, opinión, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

c) Que todos los establecimientos de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública dispongan de la información pertinente sobre los derechos y deberes que asisten a los ciudadanos como usuarios del Sistema Sanitario Madrileño y del Sistema Nacional de Salud.

d) Una adecuada y clara separación de su función principal, la de asignación presupuestaria o de compra de servicios sanitarios, de cualquier otra que pueda ejercer.

e) Una actuación con criterios de planificación y evaluación continuada, basándose en sistemas de información actualizada, objetiva y programada.

f) La participación de la sociedad civil, en el control, evaluación y seguimiento del objeto, funciones y actividades del Servicio Madrileño de Salud, en la forma, estructura y condiciones que establezca el desarrollo reglamentario.

Artículo 61. *Funciones.*

1. Para la consecución de sus fines, el Servicio Madrileño de Salud, desarrollará las funciones siguientes:

a) La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que establece el Sistema Nacional de Salud, mediante instrumentos de compra de actividad asistencial a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

b) El gobierno, dirección, control y gestión de los recursos, centros y servicios asistenciales adscritos al Servicio Madrileño de Salud, a través de una unidad funcional u orgánica diferenciada, a la cual se le aplicarán las mismas herramientas que se utilicen para el desarrollo del punto anterior.

c) El establecimiento, gestión y actualización de los acuerdos, convenios y conciertos con entidades no admi nistradas por la Comunidad de Madrid en el ámbito de sus competencias para el cumplimiento de sus funciones.

2. Para el ejercicio de las funciones a que se refiere el punto anterior, el Servicio Madrileño de Salud podrá:

a) Desarrollar las referidas funciones directamente, mediante los organismos existentes o que puedan crearse a dicho efecto.

b) Establecer acuerdos, convenios, conciertos o fórmulas de gestión integrada o compartida.

c) Promover la constitución de consorcios con entidades que tengan intereses suficientes y comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales, en su caso.

d) Crear o participar en cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho.

3. La constitución de organismos bajo su dependencia, la formación de consorcios y la creación por el Servicio Madrileño de Salud de cualquier entidad admitida en derecho o su participación en las mismas, deberán ser autorizadas por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid.

CAPÍTULO III

Medios materiales y régimen patrimonial

Artículo 62. *Bienes y derechos.*

1. Configuran el Servicio Madrileño de Salud, los bienes, derechos, centros, servicios y establecimientos adscritos al Servicio Regional de Salud extinto por esta Ley, así como los que se pudieran adquirir o recibir por cualquier título para el correcto desarrollo de sus fines y funciones.

2. Constituirán el patrimonio propio del Servicio Madrileño de Salud todos aquellos bienes y derechos que adquiera o reciba por cualquier título.

Artículo 63. *Régimen Patrimonial.*

1. El Servicio Madrileño de Salud deberá establecer la contabilidad y el inventario correspondiente que permita conocer siempre el carácter de sus bienes y derechos, propios o adscritos, así como la titularidad y destino, sin perjuicio de las competencias de los demás organismos responsables en la materia.

2. Los bienes y derechos que la Comunidad de Madrid adscriba al Servicio Madrileño de Salud deberán revertir a aquélla en las mismas condiciones que tenían al producirse la adscripción, en el supuesto de que este Ente se extinga o sufra una modificación que afecte

a la naturaleza de sus funciones, y siempre que la modificación tenga incidencia en los mencionados bienes y derechos.

3. Los bienes y derechos adscritos al Servicio Madrileño de Salud tendrán siempre la misma consideración de que gozaban en el momento de la adscripción.

4. El patrimonio del Servicio Madrileño de Salud afecto al desarrollo de sus funciones tiene la consideración de dominio público, como patrimonio afectado a un servicio público y, como tal, gozará de las exenciones del orden que corresponde a los bienes de la mencionada naturaleza.

5. Se entenderá la calificación de utilidad pública a efectos expropiatorios en relación con los bienes y derechos que se afecten a los fines propios del Servicio Madrileño de Salud.

6. En todo lo que no esté previsto en este Capítulo, serán aplicables a los bienes y derechos del Servicio Madrileño de Salud las previsiones contenidas en la Ley 3/2001, de 21 de junio, de Patrimonio de la Comunidad de Madrid.

CAPÍTULO IV

Régimen financiero, presupuestario y contable

Artículo 64. *Régimen financiero.*

El Servicio Madrileño de Salud se financiará mediante:

a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Comunidad de Madrid en los presupuestos generales del Estado.

b) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos propios o que tenga adscritos.

c) Los ingresos que esté autorizado a percibir, de acuerdo con la normativa vigente.

d) Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de entidades y particulares.

Artículo 65. *Régimen presupuestario.*

1. El presupuesto del Servicio Madrileño de Salud se regirá por lo establecido en la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, Reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid para los presupuestos de la Administración de la Comunidad y sus Organismos Autónomos, y por las disposiciones específicas que sobre dicha materia se establezcan en la presente Ley.

2. El Presupuesto del Servicio Madrileño de Salud formará parte de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid, consolidándose con los de la Administración de la Comunidad y sus Organismos Autónomos.

Artículo 66. *Régimen contable.*

Los centros y establecimientos deberán ajustarse a los criterios que en materia de contabilidad se establezcan reglamentariamente.

CAPÍTULO V

Actividades

Artículo 67. *Actividades en general.*

En el desarrollo de las funciones que le son encomendadas, el Servicio Madrileño de Salud llevará a cabo dos actividades netamente diferenciadas. Por una parte la actividad de compra de servicios sanitarios a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública y por otra la actividad de provisión de servicios sanitarios.

Sección 1.ª Compra de servicios sanitarios

Artículo 68. *Actividad de asignación presupuestaria o función de compra de servicios sanitarios.*

1. El Servicio Madrileño de Salud es responsable de ejercer la función de Compra de servicios sanitarios para cubrir, con las garantías de calidad fijadas, la atención sanitaria de toda la población protegida en su territorio de acción.

2. El desarrollo de esta función se realizará basándose en la población a la que hay que prestar la asistencia sanitaria, a través de la información que soporta la Tarjeta Individual Sanitaria debidamente actualizada.

3. Para la previsión, seguimiento y evaluación de los servicios sanitarios y su impacto en la salud de la población el Servicio Madrileño de Salud contará con un Plan de Servicios a cuatro años, anualmente actualizado antes del 31 de diciembre, y elaborado de acuerdo con los indicadores emanados de su gestión y de los resultados de la misma y de acuerdo con el Informe del Estado de Salud de la población de la Comunidad de Madrid que anualmente elabora la Consejería de Sanidad, según lo establecido en esta Ley.

4. Para la correcta distribución de los recursos económicos, financieros y presupuestarios el Servicio Madrileño de Salud elaborará antes del día 30 de junio de cada año en curso y en función del Plan de Servicios, el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del año siguiente. Para ello dispondrá de toda la información necesaria. No obstante, y con carácter excepcional, cuando por necesidades asistenciales u otras razones de interés público así lo justifiquen, se podrá realizar un Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios específico para cualquier centro de la Red Sanitaria de Utilización Pública que abarque un plazo superior al año.

5. El Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios establece los objetivos generales y específicos, en términos de salud, determina las actividades a desarrollar para alcanzar dichos objetivos, define los Contratos Sanitarios con los proveedores de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública y establece en ellos las condiciones de los mismos.

6. El Servicio Madrileño de Salud realizará la planificación de la compra de servicios mediante el estudio de los aspectos demográficos, sociales, epidemiológicos y de utilización previa de servicios. Esta actividad se configura como la fase operativa de la función de compra que identifica las necesidades de la población, a la cual se ha de prestar cobertura, elaborando el catálogo de servicios que se precisa contratar, incluida la descripción de prioridades.

7. El instrumento que establece la relación entre comprador y proveedor es el Contrato Sanitario. Este instrumento contribuye al sistema de financiación pública del centro sanitario y constituye una de las variables esenciales de la separación entre comprador y proveedores.

Artículo 69. *El Contrato Sanitario.*

1. A los efectos de esta Ley, el Contrato Sanitario constituye el instrumento jurídico de compra de servicios mediante el cual se articulan de manera directa las relaciones entre el Servicio Madrileño de Salud y la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

2. El Contrato Sanitario tendrá la naturaleza jurídica de un contrato o convenio de carácter especial, cuya tramitación atenderá a lo establecido en el Ordenamiento Jurídico en función de la naturaleza y titularidad del proveedor. Este contrato será suscrito por quién ostente la competencia del Servicio Madrileño de Salud, como comprador, y por la parte del proveedor, por el responsable o los responsables de la provisión.

Sección 2.ª Actividad asistencial

Artículo 70. *Actividad asistencial.*

La actividad de provisión de servicios asistenciales del Servicio Madrileño de Salud comprende, la función asistencial directa de sus centros sanitarios y la función de coordinación asistencial.

Sección 3.ª Separación de funciones

Artículo 71. *Sobre la separación de funciones.*

1. Para la correcta organización y determinación de responsabilidades, el Servicio Madrileño de Salud, diferenciará funcional u orgánicamente, en cada caso, los contenidos de los artículos 68 y 70 de la presente Ley.

2. Si las circunstancias lo aconsejaran, y siempre bajo criterios de eficacia, eficiencia y calidad, las funciones y el desarrollo de sus actividades asistenciales podrán recaer en entidades de derecho con personalidad jurídica propia creadas según lo estipulado en la normativa vigente.

CAPÍTULO VI

Órganos de Gobierno y Dirección

Sección 1.ª Órganos de Gobierno y Dirección

Artículo 72. *Órganos de Gobierno y Dirección.*

1. El Órgano de gobierno del Servicio Madrileño de Salud es su Consejo de Administración.

2. El Órgano de Dirección del Servicio Madrileño de Salud es el Director General del Servicio Madrileño de Salud.

Sección 2.ª Del Consejo de Administración

Artículo 73. *Composición.*

La composición y estructura del Consejo de Administración del Servicio Madrileño de Salud se establecerá reglamentariamente.

Artículo 74. *Funciones.*

Corresponderán al Consejo de Administración las siguientes funciones:

a) Fijar los criterios de actuación del Servicio Madrileño de Salud, de acuerdo con las directrices del Consejo de Gobierno y de la Consejería de Sanidad , en el marco de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid, y establecer los criterios generales de coordinación de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública. A tal efecto, deberá elevar a la Consejería de Sanidad el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios.

b) Aprobar las herramientas de planificación de compra del Servicio Madrileño de Salud.

c) Aprobar las propuestas de programas de actuación y de inversiones generales del Servicio Madrileño de Salud.

d) Aprobar las propuestas de anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos anuales del Servicio Madrileño de Salud y elevarlo a la Consejería de Sanidad, para su incorporación al anteproyecto general de la misma para su tramitación.

e) Aprobar el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable del Servicio Madrileño de Salud y elevarlos a la Consejería de Sanidad.

f) Fijar los criterios generales, establecer y actualizar los acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización de los recursos sanitarios públicos.

g) Acordar el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con otras entidades.

h) Proponer a la Consejería de Sanidad los precios y tarifas por la prestación y concertación de servicios, así como su modificación y revisión.

i) Acordar y elevar a la Consejería de Sanidad, a los efectos de su aprobación por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Director General, la constitución de organismos, la

formación de consorcios y la creación, por el Servicio Madrileño de Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, o su participación en las mismas.

j) Aprobar las propuestas de normativa en las materias sometidas al ámbito de competencia del Servicio Madrileño de Salud y elevarlas a la Consejería de Sanidad al objeto de su tramitación.

k) Acordar, a propuesta del Director General, el nombramiento y cese de los gerentes y directores de los centros y unidades adscritas.

l) Aprobar la Memoria Anual del Servicio Madrileño de Salud.

m) Cualesquiera otras que le puedan corresponder legal o reglamentariamente.

Artículo 75. *Régimen de funcionamiento.*

El régimen de funcionamiento del Consejo de Administración del Servicio Madrileño de Salud se establecerá reglamentariamente.

Sección 3.ª Del Director General

Artículo 76. *Naturaleza.*

1. El Director General asumirá la dirección y gestión del Servicio Madrileño de Salud, así como la responsabilidad plena, en relación con la ejecución de los acuerdos adoptados por el Consejo de Administración.

2. Su nombramiento y cese deberán acordarse por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejero de Sanidad, oído el Consejo de Administración.

3. El cargo de Director General se desarrollará en régimen de dedicación exclusiva y a su titular le será aplicable la Ley 14/1995, de 21 de abril, de Incompatibilidades de Altos Cargos de la Comunidad Madrid.

Artículo 77. *Funciones.*

Las funciones del Director General del Servicio Madrileño de Salud, serán establecidas reglamentariamente.

TÍTULO VIII

Del Instituto Madrileño de la Salud

CAPÍTULO I

Objeto y naturaleza

Artículo 78. *Objeto.*

1. Para contribuir a la adecuada organización y ordenación de las actuaciones que competen a la Administración sanitaria de la Comunidad de Madrid, se crea el Instituto Madrileño de la Salud.

2. El Instituto Madrileño de la Salud se crea como una Entidad de derecho público que acoge los recursos y funciones traspasados del Instituto Nacional de la Salud, en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid y que tiene como objetivo último la dirección y gestión de los mismos.

Artículo 79. *Naturaleza.*

1. El Instituto Madrileño de la Salud tiene naturaleza jurídica de Ente de derecho público, de los previstos en el artículo 6 de la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, Reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid, adscrito a la Consejería de Sanidad. Se le atribuye personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

2. El Instituto Madrileño de la Salud se sujetará con carácter general al derecho privado, y actuará con sujeción al derecho público agotando, en su caso, sus actos la vía administrativa, cuando ejerza potestades administrativas por atribución directa o delegación,

así como en cuanto a su régimen de patrimonio y en materia de responsabilidad patrimonial ante terceros por el funcionamiento de sus servicios.

3. En el ejercicio de sus funciones y representación, el Instituto Madrileño de la Salud, en su totalidad, goza de reserva de nombre y de los beneficios de cualquier naturaleza que la legislación atribuye a la Administración de la Comunidad de Madrid.

CAPÍTULO II

Fines y funciones

Artículo 80. *Fines.*

En el marco de los fines atribuidos al Instituto Madrileño de la Salud, son objetivos prioritarios de sus Centros:

a) La organización integral de las funciones de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, y rehabilitación.
b) La potenciación del trabajo en equipo en el marco de la asistencia sanitaria.
c) La adecuada continuidad entre la atención primaria y la atención especializada.
d) La adecuada coordinación con las Agencias Sanitarias.
e) El acercamiento y la accesibilidad de los servicios a la población.

Artículo 81. *Funciones.*

De acuerdo con los criterios generales establecidos para el Instituto Madrileño de la Salud, dentro de su específico ámbito de actuación, desarrollará las siguientes funciones:

a) Gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el Instituto Madrileño de la Salud, y de los servicios administrativos que conforman su estructura.
b) Propuesta de creación de cualesquiera entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas.
c) Gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.
d) Gestión de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.
e) Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le sean asignados para el desarrollo de sus funciones.
f) Gestión de los acuerdos, convenios y conciertos suscritos para la prestación de los servicios.
g) Supervisión y control de la gestión económica y financiera de los centros, servicios y establecimientos sanitarios adscritos.

CAPÍTULO III

Medios materiales y régimen patrimonial

Artículo 82. *Bienes y derechos.*

1. Se adscribirán al Instituto Madrileño de la Salud los bienes y derechos de toda clase afectos a la gestión y asistencia sanitaria traspasados del Instituto Nacional de la Salud.

2. Constituirán el patrimonio propio del Instituto Madrileño de la Salud todos aquellos bienes y derechos que adquiera o reciba por cualquier título.

Artículo 83. *Régimen patrimonial.*

1. El Instituto Madrileño de la Salud deberá establecer la contabilidad y el inventario correspondiente que permita conocer siempre el carácter de sus bienes y derechos, propios

o adscritos, así como su titularidad y destino, sin perjuicio de las competencias de los demás entes y organismos en la materia.

2. Los bienes y derechos que la Comunidad de Madrid adscriba al Instituto Madrileño de la Salud deberán revertir en aquélla en las mismas condiciones que tenían al producirse la adscripción, en el supuesto que este ente se extinga o sufra una modificación que afecte la naturaleza de sus funciones, y siempre que la modificación tenga incidencia en los mencionados bienes y derechos.

3. Los bienes y derechos adscritos al Instituto Madrileño de la Salud tendrán siempre la misma consideración de que gozaban en el momento de la adscripción.

4. El patrimonio del Instituto Madrileño de la Salud afecto al desarrollo de sus funciones tiene la consideración de dominio público como patrimonio afectado a un servicio público, y como tal gozará de las exenciones en el orden tributario que corresponde a los bienes de la mencionada naturaleza.

5. Se entenderá la calificación de utilidad pública a efectos expropiatorios en relación con los bienes y derechos que se afecten a los fines propios del Instituto Madrileño de la Salud.

6. En todo lo que no esté previsto en este Capítulo, serán aplicables a los bienes y derechos del Instituto Madrileño de la Salud las previsiones contenidas en la Ley 3/2001, de 21 de junio, de Patrimonio de la Comunidad de Madrid.

CAPÍTULO IV

Régimen financiero, presupuestario y contable

Artículo 84. *Régimen financiero.*

El Instituto Madrileño de la Salud se financiará mediante:

a) Las aportaciones que realice el Servicio Madrileño de Salud derivadas del Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios a través de los correspondientes Contratos Sanitarios.

b) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos propios o que tenga adscritos.

c) Los ingresos que esté autorizado a percibir, de acuerdo con la normativa vigente.

d) Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de entidades y particulares.

Artículo 85. *Régimen presupuestario.*

1. El presupuesto del Instituto Madrileño de la Salud deberá regirse por lo establecido en la presente Ley y de forma supletoria por el resto de la normativa presupuestaria de aplicación de la Comunidad de Madrid.

2. El presupuesto del Instituto Madrileño de la Salud formará parte del Presupuesto de la Comunidad de Madrid.

Artículo 86. *Régimen contable.*

Los centros y establecimientos deberán ajustarse a los criterios que en materia de contabilidad se establezcan reglamentariamente.

CAPÍTULO V

Personal del Instituto Madrileño de la Salud

Artículo 87. *Personal.*

1. El personal del Instituto Madrileño de la Salud estará formado por:

a) El personal procedente del Instituto Nacional de la Salud, que se incorpora con las mismas condiciones, características, derechos y obligaciones que poseían en el momento de su adscripción.

b) El personal que se incorpore al mismo de acuerdo con la normativa vigente.

c) El personal que por necesidades del servicio o por características especiales de determinados programas le sea adscrito del Servicio Madrileño de la Salud u otras dependencias de la Comunidad de Madrid.

d) Otro personal del Sistema Nacional de Salud.

2. La clasificación y régimen jurídico del personal del Instituto Madrileño de la Salud deberá regirse por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.

3. El Instituto Madrileño de la Salud se ajustará a la legislación aplicable en los procesos de selección de personal, de provisión de puestos de trabajo y de asignación de responsables a las distintas unidades o servicios.

CAPÍTULO VI

Organización y gestión

Artículo 88. *Organización y gestión.*

1. Los centros y establecimientos que integran el Servicio Madrileño de Salud se podrán configurar como instituciones sanitarias del citado ente sin personalidad jurídica propia, o bien como entidades sanitarias dependientes del mismo, de titularidad pública y con personalidad jurídica propia. En este caso, las mismas podrán adoptar cualquiera de las figuras organizativas previstas en el ordenamiento jurídico y su creación se realizará mediante Decreto del Consejo de Gobierno.

2. **(Anulado).**

3. El Consejo de Gobierno mediante decreto, determinará los requisitos necesarios para acreditar las sociedades profesionales a que se refiere el apartado anterior.

4. El Consejo de Gobierno mediante decreto podrá definir el estatuto jurídico que dé cobertura a la autonomía económica, financiera y de gestión de los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud.

5. Los centros y establecimientos que integran el Servicio Madrileño de Salud deberán contar con un sistema integral de gestión que permita de acuerdo con su planificación estratégica, implantar técnicas de dirección por objetivos, sistemas de control de gestión orientados a los resultados y sistemas de estándares de servicios, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen en los costes y la calidad de la asistencia.

6. De acuerdo con lo que se establezca reglamentariamente, los centros y establecimientos deberán confeccionar y remitir al Servicio Madrileño de Salud periódicamente, cuanta información sanitaria y económica le sea requerida.

CAPÍTULO VII

Actividad del Instituto Madrileño de la Salud

Artículo 89. *Actividad.*

1. La provisión de servicios sanitarios con medios adscritos al Instituto Madrileño de la Salud se realiza a través de organizaciones que actúan bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión.

2. Según lo dispuesto en el artículo 69 de esta Ley, el Contrato Sanitario constituye el instrumento jurídico de compra de servicios mediante el cual se articulan de manera directa las relaciones entre los centros del Instituto Madrileño de la Salud y el Servicio Madrileño de Salud.

3. Este contrato concretará, en relación con la actividad y financiación con cargo a los créditos presupuestarios públicos, los siguientes extremos:

a) Estimación del volumen global de actividad y previsión de las contingencias sanitarias objeto de cobertura.

b) Determinación cuantificable y periódica de los requisitos de calidad que deberán cumplir los servicios sanitarios.

c) Estimación finalista sobre cobertura económica de la actividad consignada con cargo a los créditos presupuestarios, periodicidad de los pagos y documentación justificativa para la realización de los mismos.

d) Requisitos y procedimiento de control y auditoria sanitaria.

e) Niveles de responsabilidad que adquieren las partes en cuanto a las revisiones, adaptaciones y demás incidencias que se susciten en la aplicación del contrato.

f) Formación e Investigación.

CAPÍTULO VIII

Órganos de Gobierno y Dirección

Sección 1.ª Órganos de Gobierno y Dirección

Artículo 90. *Órganos de Gobierno y Dirección.*

1. El Órgano de gobierno del Instituto Madrileño de la Salud es su Consejo de Administración.

2. El Órgano de Dirección del Instituto Madrileño de la Salud es el Director General del Instituto Madrileño de la Salud.

Sección 2.ª Del Consejo de Administración

Artículo 91. *Composición.*

La composición y estructura del Consejo de Administración del Instituto Madrileño de la Salud se establecerá reglamentariamente.

Artículo 92. *Funciones.*

Corresponderán al Consejo de Administración las siguientes funciones:

a) Fijar los criterios de actuación del Instituto Madrileño de la Salud, de acuerdo con las directrices de la Consejería de Sanidad y del Consejo de Gobierno, en el marco de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid, y establecer los criterios generales de coordinación de sus centros, servicios y establecimientos. A tal efecto, deberá elevar a la Consejería de Sanidad el agregado de los contratos sanitarios en consonancia con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.

b) Aprobar los presupuestos de funcionamiento de sus centros, servicios y establecimiento.

c) Aprobar el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable de sus centros, servicios y establecimiento.

d) Aprobar las propuestas de programas de actuación y de inversiones generales del Instituto Madrileño de la Salud.

e) Aprobar las propuestas de anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos anuales del Instituto Madrileño de la Salud y elevarlo a la Consejería de Sanidad, para su incorporación al anteproyecto general de la misma para su tramitación.

f) Aprobar el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable del Instituto Madrileño de la Salud y elevarlos a la Consejería de Sanidad.

g) Fijar los criterios generales, establecer y actualizar los acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización de los recursos sanitarios públicos.

h) Acordar el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con otras entidades.

i) Proponer a la Consejería de Sanidad los precios y tarifas por la prestación y concertación de servicios, así como su modificación y revisión.

j) Acordar y elevar a la Consejería de Sanidad, a los efectos de su aprobación por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Director General, la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por el Instituto Madrileño de la Salud, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, o su participación en las mismas.

k) Aprobar las propuestas de normativa en las materias sometidas al ámbito de competencia del Instituto Madrileño de la Salud y elevarlas a la Consejería de Sanidad al objeto de su tramitación.

l) Acordar, a propuesta del Director General, el nombramiento y cese de los gerentes y directores de los centros y unidades adscritas.

m) Aprobar la Memoria Anual del Instituto Madrileño de la Salud.

n) Cualesquiera otras que le puedan corresponder legal o reglamentariamente.

Artículo 93. *Régimen de funcionamiento.*

El régimen de funcionamiento del Consejo de Administración del Instituto Madrileño de la Salud se establecerá reglamentariamente.

Sección 3.ª Del Director General

Artículo 94. *Naturaleza.*

1. El Director General asumirá la dirección y gestión del Instituto Madrileño de la Salud, así como la responsabilidad plena, en relación con la ejecución de los acuerdos adoptados por el Consejo de Administración.

2. Su nombramiento y cese deberán acordarse por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejero de Sanidad, oído el Consejo de Administración.

3. El cargo de Director General se desarrollará en régimen de dedicación exclusiva y a su titular le será aplicable la Ley 14/1995, de 21 de abril, de Incompatibilidades de Altos Cargos de la Comunidad Madrid.

Artículo 95. *Funciones.*

Las funciones del Director General del Instituto Madrileño de la Salud, serán establecidas reglamentariamente.

TÍTULO IX

Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

CAPÍTULO I

Objeto y naturaleza

Artículo 96. *Objeto.*

Para llevar a cabo un adecuado desarrollo de la separación de funciones de Salud Pública en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, según lo regulado en el artículo 53 de la presente Ley, se crea, como órgano de apoyo científico y técnico del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Artículo 97. *Naturaleza.*

1. El Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid tendrá la naturaleza jurídica de Ente de derecho público, de los previstos en el artículo 5.1.b) de la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, Reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid, adscrita a la Consejería de Sanidad. Se le atribuye personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

2. El Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, se sujetará con carácter general al derecho privado, y actuará con sujeción al derecho público agotando, en su caso, sus actos la vía administrativa, cuando ejerza potestades administrativas por atribución directa o delegación, así como en cuanto a su régimen de patrimonio y en materia de responsabilidad patrimonial ante terceros por el funcionamiento de sus servicios.

3. En el ejercicio de sus funciones y representación, el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid en su totalidad, goza de reserva de nombre y de los beneficios de cualquier naturaleza que la legislación atribuye a la Administración de la Comunidad de Madrid.

4. Su estructura estará descentralizada en el territorio de la Comunidad de Madrid, sin perjuicio de la posible existencia de servicios adscritos a sus órganos de dirección con funciones de coordinación, asesoría, investigación y agregación de la información.

CAPÍTULO II

Fines y funciones

Artículo 98. *Fines y funciones.*

1. Al Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid le corresponden las actuaciones en materia de Salud Pública, tendentes a conocer la medida de la carga de enfermedad soportada por la población de la Comunidad de Madrid, el diseño de actuaciones coherentes con los derechos constitucionales de los ciudadanos, derivadas del mejor conocimiento científico de los determinantes del proceso salud/enfermedad en dicha población, así como cualquier otra función que reglamentariamente se le encomiende.

2. El Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid desarrollará sus funciones de manera protocolizada, poniendo a disposición de la autoridad en Salud Pública y de la población, la información obtenida en el ejercicio de sus actividades.

CAPÍTULO III

Medios materiales y régimen patrimonial

Artículo 99. *Bienes y derechos.*

1. Se adscribirán al Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid los bienes y derechos de toda clase afectos a la consecución de sus fines.

2. Constituirán el patrimonio propio del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid todos aquellos bienes y derechos que adquiera o reciba por cualquier título.

Artículo 100. *Régimen patrimonial.*

1. El Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid deberá establecer la contabilidad y el inventario correspondiente que permita conocer siempre el carácter de sus bienes y derechos, propios o adscritos, así como su titularidad y destino, sin perjuicio de las competencias de los demás entes y organismos en la materia.

2. Los bienes y derechos que la Comunidad de Madrid adscriba al Instituto de Salud Pública deberán revertir en aquélla en las mismas condiciones que tenían al producirse la adscripción, en el supuesto de que este ente se extinga o sufra una modificación que afecte la naturaleza de sus funciones, y siempre que la modificación tenga incidencia en los mencionados bienes y derechos.

3. Los bienes y derechos adscritos al Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid tendrán siempre la misma consideración de que gozaban en el momento de la adscripción.

4. El patrimonio del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid afecto al desarrollo de sus funciones tiene la consideración de dominio público como patrimonio afectado a un servicio público, y como tal gozará de las exenciones en el orden tributario que corresponden a los bienes de la mencionada naturaleza.

5. Se entenderá la calificación de utilidad pública a efectos expropiatorios en relación con los bienes y derechos que se afecten a los fines propios del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

6. En todo lo que no esté previsto en este Capítulo, serán aplicables a los bienes y derechos del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid las previsiones contenidas en la Ley 3/2001, de 21 de junio, de Patrimonio de la Comunidad de Madrid.

CAPÍTULO IV

Régimen financiero, presupuestario y contable

Artículo 101. *Régimen financiero.*

El Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid se financiará mediante:

a) Las aportaciones que realice la Comunidad de Madrid.
b) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos propios o que tenga adscritos.
c) Los ingresos que esté autorizado a percibir, de acuerdo con la normativa vigente.
d) Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de entidades y particulares.

Artículo 102. *Régimen presupuestario.*

1. El presupuesto del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid deberá regirse por lo establecido en la presente Ley y de forma supletoria por el resto de la normativa presupuestaria de aplicación de la Comunidad de Madrid.
2. El presupuesto del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid formará parte del Presupuesto de la Comunidad de Madrid.

Artículo 103. *Régimen contable.*

Los centros y establecimientos deberán ajustarse a los criterios que en materia de contabilidad se establezcan reglamentariamente.

CAPÍTULO V

Personal

Artículo 104. *Personal.*

1. El Personal del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid estará formado por:

a) El personal que se le asigne procedente de la Consejería de Sanidad.
b) El personal que por necesidades del servicio o desarrollo de programas específicos, se le asigne de cualquier dependencia de la Comunidad de Madrid.
c) El personal que se incorpore al mismo según la normativa vigente.
d) Otro personal del Sistema Nacional de Salud.

2. La clasificación y régimen jurídico del personal del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid deberá regirse por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo, sin que sea de aplicación el artículo 2 de la Ley 5/1989, de 6 de abril, por la que se establecen los criterios básicos por los que han de regirse las relaciones de empleo del personal al servicio de la Comunidad de Madrid.
3. El Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid se ajustará a la legislación aplicable en los procesos de selección de personal, de provisión de puestos de trabajo y de asignación de responsables a las distintas unidades o servicios.

CAPÍTULO VI

Actividades

Artículo 105. *Con carácter general.*

Sin perjuicio de su autonomía en el análisis de los determinantes del proceso salud/enfermedad, el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, desarrollará sus actividades en coordinación y consonancia con las directrices y políticas en materia de salud pública de la Consejería de Sanidad y del resto de la Administración de la Comunidad de Madrid.

Artículo 106. *Con carácter específico.*

Las actividades del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid serán:

a) De intervención en materia de Salud Pública, de acuerdo con las directrices emanadas desde la autoridad en Salud Pública en función del análisis de los determinantes de salud/enfermedad en la Comunidad de Madrid.

b) De vigilancia epidemiológica y de vigilancia en salud pública tanto de las enfermedades transmisibles como no transmisibles, y de todos los determinantes del proceso salud/enfermedad relacionados con la interacción del individuo con el medio ambiente incluyendo:

Como actividad fundamental del Sistema Sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica. La difusión de la información de salud pública y epidemiológica general y específica, incluyendo la derivada de la investigación propia para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.

c) De diseño de programas de prevención de las enfermedades, incluyendo los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas y los de planificación familiar, independientemente de que hayan de desarrollarse a través de la intervención directa sobre la comunidad o para serlo en el marco de la función de prevención primaria y/o secundaria que desarrollen los servicios asistenciales, estableciendo las prioridades, sus objetivos y metas, su protocolización, su sistema de información y los mecanismos de evaluación.

Para el desarrollo de esta actividad se tendrá especialmente en cuenta la participación de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, de las sociedades científicas, y la sociedad civil.

d) De acreditación de los programas de prevención primaria o secundaria, o de promoción de la salud, dirigidos a la totalidad de la población o a colectivos específicos, que incluyan entre sus objetivos la mejora del nivel de salud de la población como un resultado colectivo, independientemente de la entidad pública o privada que los patrocine, desarrolle o impulse.

A tal efecto, se desarrollarán reglamentariamente los criterios y procedimientos de acreditación, sin la cual dichos programas no podrán gozar del reconocimiento de interés sanitario por la Comunidad de Madrid, ni efectuar publicidad en términos de mejora de la salud colectiva de la población.

e) De gestión de laboratorios de salud pública propios y coordinación de la Red de Laboratorios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, así como de cooperación con los laboratorios de iniciativa pública o privada que realicen determinaciones de interés en materia de salud pública.

f) De mejora de la salud laboral, con especial incidencia en el desarrollo de los sistemas de información y vigilancia en esta materia.

g) De mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la Salud Pública.

h) De investigación científica en el campo específico de los problemas de salud pública en coordinación con la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

i) Cualquiera otra actividad que se le pudiera atribuir.

CAPÍTULO VII

Órganos de Gobierno y Dirección

Sección 1.ª Órganos de Gobierno y Dirección

Artículo 107. *Órganos de Gobierno y Dirección.*

1. El Órgano de Gobierno del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid es su Consejo de Administración.

Sección 2.ª Del Consejo de Administración

Artículo 108. *Composición.*

La composición y estructura del Consejo de Administración del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid se establecerá reglamentariamente.

Artículo 109. *Funciones.*

Corresponderán al Consejo de Administración las siguientes funciones:

a) Fijar los criterios de actuación del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, de acuerdo con las directrices del Consejo de Gobierno y de la Consejería de Sanidad, en el marco de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid, y establecer los criterios generales de coordinación de sus centros, servicios y establecimientos.

b) Aprobar las propuestas de programas de actuación y de inversiones generales del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

c) Aprobar las propuestas de anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos anuales del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y elevarlo a la Consejería de Sanidad, para su incorporación al anteproyecto general de la misma para su tramitación.

d) Aprobar el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y elevarlos a la Consejería de Sanidad.

e) Fijar los criterios generales, establecer y actualizar los acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización de los recursos sanitarios públicos.

f) Acordar el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con otras entidades.

g) Proponer a la Consejería de Sanidad los precios y tarifas por la prestación y concertación de servicios, así como su modificación y revisión.

h) Acordar y elevar a la Consejería de Sanidad, a los efectos de su aprobación por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Director General, la constitución de organismos, la formación de consorcios y la creación, por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, o su participación en las mismas.

i) Aprobar las propuestas de normativa en las materias sometidas al ámbito de competencia del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y elevarlas a la Consejería de Sanidad al objeto de su tramitación.

j) Acordar, a propuesta del Director General, el nombramiento y cese de los gerentes y directores de los centros y unidades adscritas.

k) Aprobar la Memoria Anual del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

l) Cualesquiera otras que le puedan corresponder legal o reglamentariamente.

Artículo 110. *Régimen de funcionamiento.*

El régimen de funcionamiento del Consejo de Administración del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid se establecerá reglamentariamente.

Sección 3.ª Del Director General

Artículo 111. *Naturaleza.*

(Suprimido)

Artículo 112. *Funciones.*

(Suprimido)

TÍTULO X

Formación e investigación sanitaria

CAPÍTULO I

Formación e investigación sanitaria

Artículo 113. *Principios generales.*

1. Los recursos de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid estarán a disposición de la formación de pregrado, postgrado y continuada con objeto de mejorar y adecuar la capacidad profesional a las necesidades de salud de la población.

2. El Consejo de Gobierno deberá velar por la actuación coordinada de sus departamentos a fin de que integren la planificación y gestión de la formación e investigación en Ciencias de la Salud, en el marco de los objetivos que se definan en materia de política sanitaria autonómica.

3. Los Centros de Formación e Investigación en Ciencias de la Salud, en virtud de una necesaria relación con el Sistema Sanitario y de acuerdo con sus respectivas competencias, podrán establecer los correspondientes conciertos. A este fin se propiciará el desarrollo de normas que faciliten una acción coordinada en materia de formación e investigación sanitaria.

4. El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid deberá fomentar las actividades encaminadas a la mejora y adecuación de la formación de los profesionales sanitarios, la investigación científica y la innovación tecnológica en el campo específico de las ciencias de la salud.

5. Lo dispuesto en este Título se enmarca en el contexto del ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 5/1998, de 7 de mayo, de Fomento de la Investigación Científica y la Innovación Tecnológica.

Artículo 113 bis. *Fundaciones para la Investigación Biomédica.*

Las Fundaciones para la Investigación Biomédica que se creen mediante Decreto de Consejo de Gobierno se configuran como organismos de investigación públicos de la Comunidad de Madrid. Como tales se regirán por la Ley de Fundaciones de la Comunidad de Madrid, por su propia normativa y por las singularidades que en materia de contratación prevea al efecto la normativa estatal que se apruebe para este ámbito específico.

CAPÍTULO II

De la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid

Sección 1.ª Objeto y Naturaleza

Artículo 114. *Objeto.*

Para llevar a cabo una adecuada promoción, ordenación, coordinación, gestión y evaluación de todas las actividades de formación e investigación en Ciencias de la salud, se

crea la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Artículo 115. *Naturaleza.*

1. La Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid tendrá la naturaleza jurídica de Ente de derecho público, de los previstos en el artículo 5.1.b) de la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid, adscrita a la Consejería de Sanidad. Se le atribuye personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

2. La Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid se sujetará con carácter general al derecho privado, y actuará con sujeción al derecho público agotando, en su caso, sus actos la vía administrativa, cuando ejerza potestades administrativas por atribución directa o delegación, así como en cuanto a su régimen de patrimonio y en materia de responsabilidad patrimonial ante terceros por el funcionamiento de sus servicios.

3. En el ejercicio de sus funciones y representación, la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid en su totalidad, goza de reserva de nombre y de los beneficios de cualquier naturaleza que la legislación atribuye a la Administración de la Comunidad de Madrid.

Sección 2.ª Fines y funciones

Artículo 116. *Fines.*

Son fines de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid:

a) Unificar los elementos fundamentales para canalizar la actuación en el área de la formación y la investigación sanitaria con la presencia de las Consejerías y la Administración Sanitaria, la participación de la comunidad y la asesoría de los agentes científicos.

b) Fomentar e impulsar la formación e investigación sanitaria.

c) Reglamentar y aplicar la legislación en estas materias.

d) Elaborar y ejecutar de forma coordinada planes de actuación que racionalicen inversiones públicas en este campo.

e) Hacer efectivo el principio de calidad y excelencia en el ámbito de la formación y la investigación sanitaria.

f) Velar por el principio de equidad en el acceso a los recursos para la formación y la investigación sanitaria de todos los profesionales de la Comunidad de Madrid.

g) Establecer relaciones de coordinación entre las iniciativas de formación e investigación sanitaria que se produzcan en la Comunidad de Madrid y con otras administraciones e instituciones.

h) Estimular la dedicación y vocación de los profesionales dedicados a la actividad científica dentro del mundo sanitario.

i) Propiciar en las instituciones investigadoras la dotación de equipamientos y recursos adaptados a sus necesidades específicas.

j) Mejorar las condiciones de formación de los profesionales de la sanidad.

k) Ayudar a las instituciones sanitarias para que desarrollen de forma integral la formación e investigación sanitaria, partiendo de sus propios recursos y potencialidades y haciéndolas receptoras de los beneficios adquiridos.

l) Potenciar el desarrollo del sector sanitario como impulsor de nuevas actividades económicas basadas en la capacidad innovadora del entramado científico-sanitario presente en la Comunidad de Madrid.

m) Identificar, conservar y proteger los recursos científico-sanitarios y de formación en la Comunidad de Madrid.

n) Contribuir a asegurar la rentabilidad social de las inversiones públicas en la formación y la investigación sanitaria.

Artículo 117. *Funciones.*

La Agencia, realizará, entre otras, las siguientes funciones:

a) Elaborar Planes de Actuación para la formación e investigación sanitaria en la Comunidad de Madrid.

b) Coordinar las diversas actuaciones en las distintas áreas de la formación y la investigación sanitaria que se promuevan por las Administraciones Públicas o las entidades privadas.

c) Desarrollar las actividades de acreditación de la formación y la investigación sanitaria y otras funciones que se deriven de las normas y disposiciones que en estas materias se acuerden en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en particular del Convenio de Conferencia Sectorial sobre Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, dando participación a los estamentos implicados en la forma en que se determine reglamentariamente.

d) Promover programas de formación e investigación en ciencias de la salud.

e) Conocer, tratar y elaborar informaciones y datos estadísticos sobre programas y actividades realizadas en formación e investigación sanitaria que permitan la emisión de informes de evaluación. Programar, coordinar, apoyar y asesorar acciones formativas e investigadoras, derivadas de los temas considerados como prioritarios en relación a los problemas de salud de la Comunidad de Madrid.

f) Actuar con especial dedicación en los centros y organismos que dependan directamente de la Consejería de Sanidad.

g) La prestación y gestión de programas en el ámbito de la formación y la investigación sanitaria que sean delegados a la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid por la Consejería de Sanidad.

h) Gestionar los programas que formule directamente la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

i) Promover la captación de recursos que, para realizar funciones de formación e investigación sanitaria provengan de fondos públicos o privados.

j) Colaborar con las autoridades sanitarias y docentes para la evaluación, promoción y desarrollo de la participación del sistema sanitario en la formación de pregrado, postgrado y continuada de los recursos humanos y en los programas de investigación e innovación científico-técnica.

k) Estudiar, informar y proponer normativas que tengan relación con la formación y la investigación sanitaria.

l) Prestar colaboración especializada y asesoramiento técnico en materia sanitaria.

m) Divulgar la información elaborada como ejercicio de sus funciones.

n) Cuantas otras sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos en cuanto a la formación y la investigación sanitaria.

o) Cualquier otra que de forma expresa le encomiende, con relación a su naturaleza, el Consejo de Gobierno, la Consejería de Sanidad o la Asamblea de la Comunidad de Madrid.

Sección 3.ª Medios Materiales y Régimen Patrimonial

Artículo 118. *Bienes y derechos.*

1. Se adscribirán a la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid los bienes y derechos de toda clase afectos a la consecución de sus fines.

2. Constituirán el patrimonio propio de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid todos aquellos bienes y derechos que adquiera o reciba por cualquier título.

Artículo 119. *Régimen patrimonial.*

1. La Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid deberá establecer la contabilidad y el inventario correspondiente que permita conocer siempre el carácter de sus bienes y derechos, propios o adscritos, así como su titularidad y destino, sin perjuicio de las competencias de los demás entes y organismos en la materia.

2. Los bienes y derechos que la Comunidad de Madrid adscriba a la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid deberán revertir en aquélla en las mismas condiciones que tenían al producirse la adscripción, en el supuesto de que este ente se extinga o sufra una modificación que afecte la naturaleza de sus funciones, y siempre que la modificación tenga incidencia en los mencionados bienes y derechos.

3. Los bienes y derechos adscritos a la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid tendrán siempre la misma consideración de que gozaban en el momento de la adscripción.

4. El patrimonio de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid afecto al desarrollo de sus funciones tiene la consideración de dominio público como patrimonio afectado a un servicio público, y como tal gozará de las exenciones en el orden tributario que corresponden a los bienes de la mencionada naturaleza.

5. Se entenderá la calificación de utilidad pública a efectos expropiatorios en relación con los bienes y derechos que se afecten a los fines propios de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

6. En todo lo que no esté previsto en esta sección, serán aplicables a los bienes y derechos de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid las previsiones contenidas en la Ley 3/2001, de 21 de junio, de Patrimonio de la Comunidad de Madrid.

Sección 4.ª Régimen financiero, presupuestario y contable

Artículo 120. *Régimen financiero.*

La Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid se financiará mediante:

a) Las aportaciones que realice la Comunidad de Madrid.

b) Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos propios o que tenga adscritos.

c) Los ingresos que esté autorizado a percibir, de acuerdo con la normativa vigente.

d) Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de cualquier persona física o persona jurídica pública o privada.

e) Los ingresos ordinarios o extraordinarios que esté autorizado a percibir.

f) Los ingresos que obtenga como consecuencia de la actividad que realice en el cumplimiento de sus funciones.

g) Cualquier otro bien y derecho que pudiera corresponderle.

Artículo 121. *Régimen presupuestario.*

1. El presupuesto de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid deberá regirse por lo establecido en la presente Ley y de forma supletoria por el resto de la normativa presupuestaria de aplicación de la Comunidad de Madrid.

2. El presupuesto de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid formará parte del Presupuesto de la Comunidad de Madrid.

Artículo 122. *Régimen contable.*

Los centros y establecimientos deberán ajustarse a los criterios que en materia de contabilidad se establezcan reglamentariamente.

Sección 5.ª Personal

Artículo 123. *Personal.*

1. El Personal de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid podrá estar formado por:

a) El personal que se le asigne procedente de la Consejería de Sanidad o de sus Organismos.

b) El personal, que por necesidades del servicio o desarrollo de programas específicos, se le asigne de cualquier dependencia de la Comunidad de Madrid.

c) El personal que se incorpore al mismo según la normativa vigente.

d) Otro personal del Sistema Nacional de Salud.

e) El personal procedente de Centros educativos o Universitarios.

2. La clasificación y régimen jurídico del personal de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid deberá regirse por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo, sin que sea de aplicación el artículo 2 de la Ley 5/1989, de 6 de abril, por la que se establecen los criterios básicos por los que han de regirse las relaciones de empleo del personal al servicio de la Comunidad de Madrid.

3. La Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid se ajustará a la legislación aplicable en los procesos de selección de personal, de provisión de puestos de trabajo y de asignación de responsables a las distintas unidades o servicios.

Sección 6.ª Actividades

Artículo 124. *Actividades.*

1. Toda aquella actividad que permita el cumplimiento del objeto y de los fines de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

2. Toda actividad que permita desarrollar directa o indirectamente las funciones de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Artículo 125. *Plan de Actuación para la Formación y la Investigación Sanitaria.*

El Plan de Actuación para la Formación y la Investigación Sanitaria, como instrumento estratégico que integra y coordina las acciones de las Consejerías y Organismos de la Comunidad de Madrid con competencia en el ámbito de la formación e investigación sanitaria, contendrá una declaración expresa de las metas y objetivos generales y específicos en relación con su misión y el plan estratégico con las líneas de actuación adecuadas para la consecución de esas metas y objetivos, así como el plan económico y financiero de los recursos humanos y materiales precisos.

Artículo 126. *Procedimiento de elaboración y aprobación del Plan de Actuación.*

1. El Anteproyecto de Plan de Actuación para la Formación y la Investigación Sanitaria, será elaborado por el Director General de la Agencia.

2. Dicho Anteproyecto será sometido a consulta de las Direcciones Generales de las Consejerías y demás Organismos implicados y, una vez aprobado por el Consejo de Administración de la Agencia, será elevado por el Consejero de Sanidad al Consejo de Gobierno para su conocimiento.

3. El Plan de Actuación para la Formación y la Investigación Sanitaria, tendrá una duración de cuatro años sin perjuicio de su revisión con carácter anual, o cuando así lo estime necesario el Consejo de Administración, siguiendo el procedimiento establecido para su aprobación.

Artículo 127. *Centros y entidades dependientes de la Agencia.*

1. Con el fin de atender las necesidades de información bibliográfica y documentación científica de los profesionales de la salud, se crea, dependiente de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, el Centro de Información Bibliográfica y Documentación en Ciencias de la Salud.

2. Dicho Centro llevará a cabo las siguientes funciones:

a) Facilitar la disponibilidad y agilizar el acceso a la información y documentación científica existente en bases de datos, libros y revistas de biomedicina y ciencias de la salud en cualquiera de los soportes existentes.

b) Gestionar las suscripciones y administrar los servicios de biblioteca y hemeroteca.

c) Procurar la colaboración y el establecimiento de acuerdos y convenios interbibliotecarios.

d) Y todas aquellas que facilitando la disponibilidad del conocimiento contribuyan al uso del mismo.

3. Para el cumplimiento de sus fines, la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, podrá disponer de los centros ó entidades necesarios, a través de su creación o mediante la adscripción que le sea realizada por cualquier Organismo público o privado.

Artículo 128. *Comisiones dependientes de la Agencia.*

1. La Consejería de Sanidad a través de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, elaborará los criterios que deban impulsar las políticas generales de formación e investigación en ciencias de la salud y constituirá, mediante decretos del Consejo de Gobierno, dos comisiones:

a) La Comisión de Formación de los Profesionales Sanitarios, integrada por representantes de la Consejería de Sanidad, del Instituto Madrileño de Administraciones Públicas y de la Consejería de Educación.

b) **(Suprimido)**

2. El fin de dichas Comisiones será la elaboración de forma conjunta y coordinada, de los Programas Anuales de Actuación, en cuanto a actividades e inversiones destinadas respectivamente a los programas de formación de los profesionales en el ámbito sanitario y a los proyectos de investigación en ciencias de la salud, que se lleven a cabo por dichas Consejerías y Organismos, en el marco de los Planes Regionales correspondientes.

Sección 7.ª Órganos de Gobierno y Dirección

Artículo 129. *Órganos de Gobierno y Dirección.*

1. El Órgano de gobierno de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid es su Consejo de Administración.

2. El Órgano de Dirección de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid es su Director General.

Artículo 130. *Consejo de Administración.*

1. La composición y estructura del Consejo de Administración de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid se desarrollará reglamentariamente.

2. Corresponderán al Consejo de Administración las siguientes funciones:

a) Fijar los criterios de actuación de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, de acuerdo con las directrices del Consejo de Gobierno y de la Consejería de Sanidad, y establecer los criterios generales de coordinación de sus centros y servicios.

b) Aprobar el proyecto del Plan Estratégico de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, para su elevación ulterior al Consejero de Sanidad a quien corresponde su aprobación definitiva.

c) Aprobar las propuestas del Plan de Actuación para la Formación y la Investigación Sanitaria y de inversiones de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

d) Aprobar las propuestas de anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos anuales de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid,

y elevarlo a la Consejería de Sanidad, para su incorporación al anteproyecto general de la misma para su tramitación.

e) Aprobar el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión económica y contable de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, y elevarlos a la Consejería de Sanidad.

f) Acordar el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con otras entidades.

g) Proponer a la Consejería de Sanidad los precios y tarifas por la prestación y concertación de servicios, así como su modificación y revisión.

h) Acordar y elevar a la Consejería de Sanidad, a los efectos de su aprobación por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Director General, la constitución de cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, o su participación en las mismas.

i) Aprobar la creación o adscripción de Centros y Entidades dependientes de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

j) Aprobar las propuestas de normativa en las materias sometidas al ámbito de competencia de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid y elevarlas a la Consejería de Sanidad al objeto de su tramitación.

k) Acordar, a propuesta del Director General, el nombramiento y cese de los gerentes y directores de los centros y unidades adscritas.

l) Aprobar la Memoria Anual de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

m) Cualesquiera otras que le puedan corresponder legal o reglamentariamente.

3. El Régimen de funcionamiento del Consejo de Administración de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, se establecerá reglamentariamente.

Artículo 131. *Director general.*

1. Naturaleza:

a) El Director General asumirá la dirección y gestión de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, así como la responsabilidad plena en relación con la ejecución de los acuerdos adoptados por el Consejo de Administración.

b) Su nombramiento y cese deberán acordarse por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejero de Sanidad, oído el Consejo de Administración.

c) El cargo de Director General se desarrollará en régimen de dedicación exclusiva y a su titular le será aplicable la Ley 14/1995, de 21 de abril, de Incompatibilidades de Altos Cargos de la Comunidad Madrid.

2. Las funciones del Director General de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, serán establecidas reglamentariamente.

Sección 8.ª Consejo Científico Asesor

Artículo 132. *Consejo Científico Asesor de Formación e Investigación.*

(Suprimido)

TÍTULO XI

Actuación en materia de drogodependencias

Artículo 133. *Competencia.*

Corresponde a la Consejería de Sanidad el diseño, planificación, dirección, ejecución y evaluación de la política de la Comunidad de Madrid en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, conforme a las atribuciones recogidas en su Estatuto de Autonomía.

Artículo 134. *Naturaleza.*

La ejecución de la política en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, de la Comunidad de Madrid se ejercerá por la Agencia Antidroga dependiente de la Consejería de Sanidad según determina la Ley de creación de dicho Organismo Autónomo sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos en la presente Ley.

Artículo 135. *Objeto de la Agencia Antidroga.*

La prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción, investigación y formación en drogodependencias con sus propios medios y mediante la cooperación, coordinación y participación de la Comunidad de Madrid con las distintas administraciones y organizaciones sociales que intervengan en este campo.

Artículo 136. *Principios generales.*

Los principios generales de intervención en el campo de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, se sustentarán con arreglo a los siguientes criterios:

a) Integración y coordinación de los recursos e instituciones implicadas en esta materia, con la participación activa de la sociedad.
b) Eliminación de las barreras en el acceso a los programas y servicios.
c) Normalización que permita la integración social de las personas con problemas de drogodependencias y de otros trastornos adictivos.
d) Eficacia y eficiencia en las actuaciones que se realicen en este campo, así como su evaluación y adaptación permanente a las nuevas necesidades.

TÍTULO XII

Competencias de las Corporaciones Locales

Artículo 137. *Competencias.*

1. Las corporaciones locales ejercerán las competencias en materia sanitaria que tienen atribuidas en la legislación de régimen local. No obstante, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades en relación con el obligado cumplimiento de las normas y los planes sanitarios:

a) Prestar los servicios mínimos obligatorios, establecidos en la legislación que regula el régimen municipal en lo referente a los servicios de salud y los regulados en la presente Ley.
b) Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, ruidos y vibraciones, abastecimiento y saneamiento de aguas, residuos urbanos e industriales.
c) Control sanitario de industrias, actividades, servicios y transportes.
d) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas y campamentos turísticos y áreas de actividad física, deportiva y de recreo.
e) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos relacionados con el uso o consumo humano, así como los medios de su transporte.
f) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.
g) Desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos, coherentes con los objetivos del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid y resto de prescripciones establecidas en la presente Ley.
h) Realizar actividades complementarias de las que sean propias de otras Administraciones públicas en las materias objeto de la presente Ley, y en particular, respecto a la educación sanitaria, vivienda, protección del medio y fomento del deporte en los términos establecidos en la legislación que regula el régimen municipal.

i) Prestar los servicios relacionados con las materias objeto de la presente Ley derivados del ejercicio de las competencias que en ellas puedan delegar la Comunidad de Madrid según los términos establecidos en la legislación que regula el régimen municipal.

2. Para el desarrollo de las funciones a que se refiere el apartado anterior, los Ayuntamientos podrán mancomunarse, establecer consorcios o solicitar el apoyo técnico del personal y medios de las Áreas Sanitarias en cuya demarcación se encuentren comprendidos. El personal sanitario del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, del Instituto Madrileño de la Salud o del Servicio Madrileño de Salud que preste apoyo a los Ayuntamientos en la realización de las referidas funciones tendrá la consideración, sólo a dichos efectos, de personal al servicio de los Ayuntamientos.

3. La elaboración y desarrollo de normativa municipal en materias objeto de la presente Ley, incluirá el conocimiento previo por parte de la Autoridad Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en aras de la necesaria coordinación y eficiencia de los servicios prestados por las distintas administraciones públicas, para beneficio de los ciudadanos.

Artículo 138. *Participación.*

Los Ayuntamientos participarán en los órganos del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid de la manera prevista en la presente Ley.

En materia de participación y gestión sanitaria, los municipios podrán:

a) Participar en los órganos de gobierno u órganos de participación de los servicios públicos de salud en la forma que reglamentariamente se determine.

b) Colaborar, en los términos en que se acuerde en cada caso, en la construcción, remodelación y/o equipamiento de centros y servicios sanitarios, así como en su conservación y mantenimiento. En ningún caso, la no-colaboración de los municipios podrá significar desequilibrios territoriales o desigualdad en los niveles asistenciales.

c) Establecer con la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, cuando así se acuerde por ambas partes, convenios específicos o consorcios para la gestión.

d) Participar en la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de cualquier otra titularidad, en los términos en que se acuerde en cada caso, y en las formas previstas en la legislación vigente.

e) Participar, en la forma en que se determine reglamentariamente, en la elaboración de los Planes de Servicios de su ámbito.

Artículo 139. *Delegación de competencias a las Corporaciones Locales.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos anteriores, las Corporaciones Locales podrán recibir competencias delegadas de la Consejería de Sanidad, siempre que acrediten poder ejecutar plenamente las funciones que en materia de salud les asigne como competencia propia la legislación vigente y obtengan la acreditación para tales competencias en el modo que reglamentariamente se determine.

2. Dichas competencias solo podrán ser delegadas cuando se cumpla el principio de responsabilidad financiera y se asuman los resultados económicos de su gestión, de acuerdo con el principio de autonomía municipal.

TÍTULO XIII

Régimen sancionador

CAPÍTULO I

Inspección

Artículo 140. *Inspección.*

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad de la Comunidad de Madrid la realización en su ámbito territorial de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo previsto en la legislación sanitaria vigente.

2. El personal al servicio de las Administraciones públicas que desarrolle las funciones de inspección, debidamente acreditado mediante identificación profesional por código numérico, podrá realizar cuantas actuaciones se requieran para el cumplimiento de la función inspectora, y en especial:

a) Entrar libremente en cualquier dependencia del centro o establecimiento sujeto a esta Ley, sin necesidad de previa notificación.

b) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de lo previsto en esta Ley y en las normas que se dicten para su desarrollo.

c) Adoptar aquellas medidas cautelares que legalmente les sean atribuidas, para asegurar la efectividad en la protección de la salud, cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente grave para la salud de las personas.

CAPÍTULO II

Infracciones y sanciones

Artículo 141. *Definición.*

1. Constituyen infracciones sanitarias, las acciones u omisiones que contravengan las prescripciones establecidas en esta Ley y en las leyes estatales y autonómicas que resulten de aplicación.

2. Las infracciones en materia de sanidad en la Comunidad de Madrid, serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del correspondiente procedimiento sancionador, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que pudieran concurrir.

Artículo 142. *Relación con el orden jurisdiccional penal.*

1. En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, el órgano que tenga atribuida la competencia para iniciar el procedimiento, lo comunicará al Ministerio Fiscal o al órgano jurisdiccional competente, y se abstendrá de iniciar o suspenderá, en su caso, el procedimiento sancionador correspondiente hasta tanto recaiga resolución judicial firme.

2. De no haberse estimado la existencia de infracción penal, la Administración iniciará o continuará, en su caso, el procedimiento sancionador, tomando como base los hechos declarados probados por los Tribunales.

3. Asimismo, cuando el órgano competente para resolver el procedimiento sancionador tenga conocimiento de la instrucción de causa penal ante los Tribunales de Justicia y estime que existe identidad de sujeto, hecho y fundamento entre la infracción administrativa y la infracción penal, que pudiera concurrir, acordará la suspensión del procedimiento hasta que recaiga resolución judicial firme.

4. Las medidas administrativas que hubieran sido adoptadas para salvaguardar la salud y seguridad de las personas, se mantendrán en tanto la Autoridad Judicial se pronuncie sobre las mismas o cese su necesidad.

Artículo 143. *Calificación de las infracciones.*

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

Artículo 144. *Infracciones.*

1. Además de las infracciones sanitarias tipificadas en la Ley General de Sanidad, sin perjuicio de las que establezcan otras leyes especiales, constituirán infracciones administrativas sanitarias las que a continuación se tipifican.

2. Son infracciones sanitarias leves:

a) Las simples irregularidades en el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública.

b) El simple incumplimiento del deber de colaboración con las autoridades sanitarias para la elaboración de los registros y documentos de información sanitaria que establezca la normativa dictada en aplicación y desarrollo de la presente Ley.

c) La negativa a informar a las personas que se dirijan a los servicios sanitarios sobre los derechos y obligaciones que les afectan, en los términos previstos en esta Ley.

d) La emisión o difusión al público de anuncios publicitarios o propaganda comercial por cualquier medio, con repercusión directa sobre la salud humana o con el fin de promover la contratación de bienes o servicios sanitarios, sin haber obtenido la correspondiente autorización administrativo-sanitaria.

e) La obstrucción de la labor inspectora mediante cualquier acción u omisión que perturbe o retrase la misma.

f) La identificación falsa o contraria al principio de veracidad, en cuanto a los méritos, experiencia o capacidad técnica, del personal sanitario en su actividad profesional y en sus relaciones asistenciales con la población, salvo cuando merezca ser calificada como grave o muy grave.

g) El incumplimiento, por simple negligencia, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento a título de simple imprudencia o inobservancia, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario y éste sea de escasa incidencia.

3. Son infracciones sanitarias graves:

a) El ejercicio o desarrollo de actividades sin la correspondiente autorización o registro sanitario preceptivos, o transcurrido su plazo de vigencia, así como la modificación no autorizada por la autoridad competente de las expresas condiciones técnicas o estructurales sobre las cuales se hubiera otorgado la correspondiente autorización.

b) La creación, construcción, modificación, adaptación o supresión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, sin haber obtenido las autorizaciones administrativas correspondientes, con arreglo a la normativa que resulte de aplicación, así como el incumplimiento de las normas relativas al registro y acreditación de los mismos.

c) El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas cautelares o definitivas que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzca por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

d) La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o sus agentes, en el desarrollo de las labores de inspección o control sanitario.

e) El incumplimiento, por negligencia grave, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento que suponga imprudencia grave, siempre que ocasionen alteración o riesgo sanitario, aunque sean de escasa entidad. Y el mismo incumplimiento y comportamiento cuando, cometidos por negligencia simple, produzcan riesgo o alteración sanitaria grave. A los efectos de esta letra, constituirá un supuesto de negligencia la omisión del deber de control o la falta de los controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.

f) La comisión por negligencia de las conductas tipificadas como infracción muy grave, cuando el riesgo o alteración sanitaria producida sea de escasa entidad.

g) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias extrañas cuyo uso no esté autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio o alimentario de que se trate, cuando no produzcan riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.

h) La elaboración, distribución, suministro o venta de preparados alimenticios, cuando su presentación induzca a confusión sobre sus verdaderas características sanitarias o nutricionales, y el uso de sellos o identificaciones falsas en cualquiera de las actuaciones citadas.

i) La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos tres meses.

j) Las actuaciones que por razón de su expresa calificación en la normativa especial sanitaria aplicable en cada caso merezcan la tipificación de faltas graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

k) Dificultar o impedir el disfrute de cualquiera de los derechos reconocidos en la presente Ley a los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios y sociosanitarios públicos y privados.

l) El incumplimiento, por parte del personal que en virtud de sus funciones deba tener acceso a la información relacionada con el estado individual de salud, del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas.

m) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves, o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

4. Son infracciones sanitarias muy graves:

a) El incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas que adopten las autoridades sanitarias competentes, cuando se produzca de modo reiterado o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.

b) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

c) El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria, o cualquier comportamiento doloso, siempre que ocasionen alteración, daño o riesgo sanitario grave.

d) La preparación, distribución, suministro o venta de alimentos que contengan gérmenes, sustancias químicas o radiactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al ser humano o que superen los límites o tolerancias reglamentariamente establecidos en la materia.

e) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias extrañas cuyo uso no está autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio o alimentario de que se trate, y produzca riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.

f) El desvío para el consumo humano de productos no aptos para ello o destinados específicamente a otros usos.

g) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

h) Las actuaciones que por razón de su expresa calificación en la normativa especial sanitaria aplicable en cada caso merezcan la tipificación de faltas muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

i) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves, o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.

j) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.

k) La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.

Artículo 145. *Sanciones.*

1. Las infracciones serán sancionadas, conforme a lo establecido en la Ley General de Sanidad, guardando la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada, estableciéndose una graduación de la misma de: mínimo, medio y máximo para cada nivel de calificación, en función de la negligencia e intencionalidad del sujeto infractor, fraude o connivencia, incumplimiento de las advertencias previas, volumen de negocio de la empresa, número de personas afectadas, perjuicios causados, beneficios obtenidos a causa de la infracción y permanencia y transitoriedad de los riesgos.

2. Las infracciones sanitarias tipificadas en los apartados precedentes serán sancionadas con multas, de conformidad con la siguiente graduación:

a) Infracciones leves:

Grado mínimo: Hasta 601,01 euros.
Grado medio: De 601,02 a 1.803,04 euros.

Grado máximo: De 1.803,05 a 3.005,06 euros.

b) Infracciones graves:

Grado mínimo: De 3.005,07 a 6.010,12 euros.
Grado medio: De 6.010,13 a 10.517,71 euros.
Grado máximo: De 10.517,72 a 15.025,30 euros.

c) Infracciones muy graves:

Grado mínimo: De 15.025,31 a 120.202,42 euros.
Grado medio: De 120.202,43 a 360.607,26 euros.
Grado máximo: De 360.607,27 a 601.012,11 euros.

Dicha cantidad se puede rebasar hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

3. Sin perjuicio de la multa que proceda conforme al anterior apartado, a fin de impedir que la comisión de infracciones resulte más beneficiosa para la persona que cometa la infracción que el cumplimiento de las normas infringidas, la sanción económica que en su caso se imponga podrá ser incrementada con la cuantía del beneficio ilícito obtenido.

4. En los supuestos de infracciones muy graves, podrá acordarse por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, con los efectos laborales que determine la legislación correspondiente.

5. Las cuantías señaladas en el apartado 2, podrán ser revisadas y actualizadas periódicamente por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta la variación de los índices de precios para el consumo.

Artículo 146. *Competencia sancionadora.*

1. Corresponde el ejercicio de la potestad sancionadora en materia de sanidad a los Órganos de la Administración de la Comunidad de Madrid que se determine competentes en la correspondiente normativa orgánica, sin perjuicio de las siguientes atribuciones específicas:

a) Los Directores Generales de la Consejería competente en materia de sanidad y los Directores Generales de los Organismos Autónomos y Entes de Derecho Público, en el ámbito de las competencias que tengan atribuidas, para la imposición de sanciones de hasta 15.025,30 euros.

b) El Consejero de la Comunidad de Madrid competente en materia de Sanidad para la imposición de sanciones de 15.025,31 euros a 120.202,42 euros.

c) El Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid para la imposición de sanciones a partir de 120.202,43 euros.

2. Los Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid podrán ejercer la potestad sancionadora en relación con las infracciones previstas en esta Ley hasta el limite que se establezca reglamentariamente, siempre que dichas infracciones afecten a las áreas de responsabilidad mínima sobre las que ostenta competencias de control sanitario.

A tal efecto, deberá comunicarse a la Consejería competente en materia de sanidad de la Comunidad de Madrid la ordenanza municipal por la que se acuerda ejercer dicha potestad sancionadora, así como la incoación de expedientes sancionadores y las resoluciones definitivas que en su caso recaigan. Cuando por la naturaleza y gravedad de la infracción haya de superarse la cuantía máxima, se remitirán las actuaciones habidas a la Consejería citada, la cual deberá comunicar a las corporaciones locales que correspondan cuantas actuaciones se deriven de su intervención.

Artículo 147. *Medidas Provisionales.*

Iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolver podrá adoptar, previa audiencia del interesado y mediante acuerdo motivado, las siguientes medidas provisionales, con objeto de asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera recaer, y en todo caso el cumplimiento de la legalidad y salvaguardia de la Salud Pública:

a) La suspensión total o parcial de la actividad.
b) La clausura de centros, servicios, establecimientos sanitarios o instalaciones.
c) La exigencia de fianza.

Artículo 148. *Otras medidas.*

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

2. El órgano competente, previa audiencia del interesado, podrá acordar el decomiso de bienes o productos deteriorados, caducados, no autorizados, o que por cualquier otra causa puedan entrañar riesgo previsible para la salud o seguridad de las personas, y serán por cuenta de quien cometa la infracción los gastos que origine su intervención, depósito, decomiso, transporte o destrucción.

Artículo 149. *Prescripción y caducidad.*

1. Las infracciones y sanciones tipificadas en la presente Ley como leves prescriben al año, las graves a los dos años y las muy graves a los cinco años.

2. La prescripción de las infracciones comenzará a correr desde el día en que se hubiera cometido la infracción y se interrumpirá desde el momento en que el procedimiento se dirija contra el presunto infractor. Asimismo el plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contar desde el día siguiente a aquel en que adquiera firmeza la Resolución por la que se impone la sanción.

3. La acción para perseguir las infracciones caducará si, conocida por la Administración competente la existencia de una infracción y finalizadas las diligencias dirigidas al esclarecimiento de los hechos, transcurrieran seis meses sin que la autoridad competente hubiera ordenado incoar el oportuno procedimiento. A tal efecto, si hubiera toma de muestras, las actuaciones de la inspección se entenderán finalizadas después de practicado el análisis inicial.

Disposición adicional primera. *Estabilidad en el empleo.*

Con el objeto de proporcionar estabilidad en el empleo, se autoriza al Instituto Madrileño de la Salud a adoptar medidas especiales encaminadas a ofertar contratos de trabajo estables al personal interino proveniente del Instituto Nacional de la Salud, dentro de la normativa vigente.

Disposición adicional segunda. *Desarrollo de las Agencias Sanitarias.*

Las funciones de las Agencias Sanitarias previstas en la presente Ley se irán desarrollando por las mismas, de forma paulatina y en función de las necesidades sanitarias de la población a la que atiendan, así como de la disponibilidad de los recursos tecnológicos y Sistemas de Información precisos.

Disposición adicional tercera. *Subrogación del Servicio Madrileño de Salud.*

El Servicio Madrileño de Salud queda subrogado en la titularidad de todos los bienes, derechos y obligaciones derivadas del extinto Organismo Autónomo Servicio Regional de Salud.

Disposición adicional cuarta. *Integración de órganos especiales de gestión.*

Los órganos especiales de gestión Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Hospital Psiquiátrico de Madrid quedan integrados en la Entidad de Derecho Público «Servicio Madrileño de Salud».

Disposición adicional quinta. *Inicio de actividades del Instituto Madrileño de la Salud.*

El inicio de actividades de la Entidad de Derecho Público «Instituto Madrileño de la Salud» se determinará por el Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Disposición adicional sexta. *Régimen de personal del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.*

El personal que procedente de la Consejería de Sanidad se integre en el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, seguirá rigiéndose por las disposiciones legales que le sean aplicables atendiendo a su procedencia y a su vinculación jurídica, respetándosele todas las condiciones, derechos y obligaciones adquiridas hasta ese momento.

Disposición adicional séptima. *Régimen de personal de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.*

Queda integrado y adscrito a la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid el personal que actualmente desarrolla sus funciones en el Servicio de Formación e Investigación Sanitaria dependiente de la Viceconsejería de Sanidad.

Disposición adicional octava. *Coordinación de la Formación e Investigación Sanitaria.*

Las Consejerías, Instituciones y Centros Sanitarios que pretendan desarrollar proyectos en materia de formación e investigación sanitaria, deberán comunicarlo a la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, a los efectos de procurar una mejor coordinación, utilización y eficiencia de los recursos públicos.

Disposición adicional novena. *Desarrollo profesional del personal sanitario.*

La Consejería de Sanidad articulará las medidas necesarias para diseñar e implantar un nuevo modelo de desarrollo profesional del personal sanitario. A tal efecto, se crearán las comisiones necesarias de acuerdo a los grupos profesionales que configuran el sector sanitario, que estarán compuestas por representantes de los profesionales, por representantes de las sociedades científicas, por representantes de los colegios profesionales y por la correspondiente representación de la administración sanitaria.

Reglamentariamente se determinará la composición y funcionamiento de estas comisiones.

Disposición adicional décima. *Participación de los profesionales.*

Los distintos Entes de derecho público proveedores de servicios asistenciales reglamentariamente dispondrán mecanismos que fomenten la participación de los profesionales en la organización y gestión de los centros sanitarios públicos.

Disposición adicional undécima. *Comisiones de participación.*

Los reglamentos de desarrollo de la estructura de dirección de los entes públicos definidos en esta Ley deberán contemplar la existencia de comisiones de participación de los diferentes grupos de profesionales sanitarios.

Disposición adicional duodécima. *Consejo Superior de Sanidad de Madrid.*

1. Se crea, en el ámbito del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, el Consejo Superior de Sanidad, como órgano directamente dependiente del Consejero de Sanidad y Consumo, al que se le encomienda el asesoramiento permanente al titular de la Consejería en todos los asuntos que éste demande, sobre temas científicos y técnicos, así como en situaciones de alerta y cuantas materias se relacionen con las competencias de la Consejería.

2. El Consejo Superior de Sanidad de Madrid, estará integrado por expertos de reconocido prestigio en los ámbitos de las profesiones sanitarias y en los campos de la

alimentación y el consumo. Su composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

3. El nombramiento de su Presidente y del resto de sus miembros corresponde al Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

4. Hasta tanto se proceda a la regulación prevista en el apartado anterior, el Consejo Superior de Sanidad de Madrid, que viene a sustituir al Consejo Superior de Medicina de Madrid, se regirá por lo establecido en el Decreto 328/2003, de 11 de diciembre, del Consejo de Gobierno, por el que se crea el Consejo Superior de Medicina de Madrid.

Disposición adicional decimotercera. *Tramitación de expedientes y servicios públicos sanitarios prestados con medios ajenos.*

En aquellos negocios jurídicos relativos a la gestión de la asistencia sanitaria prestados por medios ajenos a la Administración al amparo de la legislación vigente, cuya liquidación esté sujeta a auditoría previa, sean de especial complejidad o sean consecuencia de crisis o emergencia sanitaria declarada por el órgano competente, respecto de los cuales se hayan superado los límites temporales establecidos en el correspondiente negocio jurídico para su liquidación, la Administración, previa constatación de la existencia de crédito presupuestario suficiente, podrá realizar, con carácter excepcional anticipos a cuenta de los pagos estimados o previsibles hasta el importe máximo anual del 70 por ciento previsto en el correspondiente negocio jurídico con el carácter de liquidación provisional. A estos efectos se realizarán previamente las correspondientes comprobaciones por parte del centro directivo correspondiente. En el caso de liquidaciones anuales dicho porcentaje resultará de aplicación a la cantidad máxima inicialmente prevista. Si mediaran pagos a cuenta, dicho porcentaje será de aplicación a la diferencia entre el importe de estos y la cantidad máxima a abonar.

Si una vez efectuada la auditoría en el proceso de liquidación correspondiente, se verificase que las cantidades abonadas al amparo de lo previsto en el párrafo anterior hubieran sido superiores a las debidas, la Administración deberá proceder a reclamar las mismas, sin perjuicio de poder compensar o retener los pagos mensuales o anuales pendientes que deban ser abonados en el marco de la relación bilateral de la que traen causa, hasta que se produzca su total reintegro. Dichas compensaciones no podrán superar el 10% del importe de los pagos mensuales o anuales establecidos.

Disposición transitoria primera. *Zonificación sanitaria.*

Hasta tanto se establezca la ordenación territorial del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid en la forma prevista en la presente Ley, seguirá subsistente la actual Zonificación Sanitaria establecida por Decreto 187/1998, de 5 de noviembre.

Disposición transitoria segunda. *Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid.*

Hasta tanto se constituya el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid previsto en la presente Ley, continuará ejerciendo sus funciones el actual Consejo Asesor de Salud previsto en la Ley 9/1984, de 30 de mayo.

Disposición transitoria tercera. *Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria.*

Hasta tanto se proceda a la nueva regulación del Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria de la Comunidad de Madrid, éste continuará rigiéndose por lo establecido en el Decreto 87/2000, de 18 de mayo, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Disposición transitoria cuarta. *Dirección del Servicio Madrileño de Salud.*

Hasta tanto queden constituidos los Órganos de Gobierno y Dirección de la Entidad de Derecho Público «Servicio Madrileño de Salud», seguirán desarrollando sus funciones y ejerciendo las competencias atribuidas a aquellos, los Órganos de Gobierno del Organismo Autónomo Servicio Regional de Salud.

Disposición transitoria quinta. *Implantación del modelo de compra de los servicios sanitarios.*

El Sistema Madrileño de Salud implantará de manera paulatina y progresiva el modelo de compra de servicios sanitarios con la Red Sanitaria Única de Utilización Pública reflejado en esta Ley, con el objeto de adaptar el nuevo modelo a los recursos transferidos. A tal efecto, y hasta que se desarrolle reglamentariamente el contrato sanitario, el Servicio Madrileño de Salud se relacionará con los centros asistenciales públicos, a través de las correspondientes subvenciones nominativas.

Disposición transitoria sexta. *Régimen temporal de centros del Servicio Regional de Salud.*

Los Centros Sanitarios dependientes del extinto Servicio Regional de Salud, mantendrán temporalmente el mismo régimen jurídico, que tienen en la actualidad.

Disposición transitoria séptima. *Integración de Personal del Instituto Nacional de la Salud.*

El personal que, procedente del Instituto Nacional de la Salud se integre tanto en la Consejería de Sanidad como en su Administración Institucional, seguirá rigiendose por las disposiciones legales que le sean aplicables atendiendo a su procedencia y a su vinculación jurídica, respetándosele todas las condiciones, derechos y obligaciones adquiridas hasta ese momento.

Disposición transitoria octava. *Integración de Personal de la Comunidad de Madrid.*

El personal de la Comunidad de Madrid que se integre en el Instituto Madrileño de la Salud, seguirá rigiéndose por las disposiciones legales que le sean aplicables atendiendo a su procedencia y a su vinculación jurídica, respetándosele todas las condiciones, derechos y obligaciones adquiridas hasta ese momento.

Disposición transitoria novena. *Gestión Compartida.*

De mediar algún período entre la promulgación de la presente Ley y el traspaso a la Comunidad de Madrid de los Servicios y Funciones del Instituto Nacional de la Salud, las actuaciones que se atribuyen al Instituto Madrileño de la Salud en esta Ley, en cuanto afecten a la gestión de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se realizarán de forma coordinada con la red sanitaria del Instituto Nacional de la Salud, a través de los instrumentos de colaboración que se convengan entre la Administración General del Estado y la Comunidad de Madrid.

Disposición transitoria décima. *Dirección del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.*

Hasta tanto queden constituidos los Órganos de Gobierno y Dirección del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid seguirá ejerciendo las funciones y competencias de dichos órganos la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Disposición transitoria undécima. *Dirección de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.*

Hasta tanto queden constituidos los Órganos de Gobierno y Dirección de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, las competencias de la misma serán ejercidas por la Viceconsejería de Sanidad, a través de las Unidades Administrativas de ella dependientes.

Disposición derogatoria primera.

Quedan derogadas cuantas disposiciones con igual o menor rango contradigan la presente Ley, y en particular el Capítulo III, y los artículos 1.B) y 11 de la Ley 9/1984, de 30 de mayo, de creación del Servicio Regional de Salud.

Disposición final primera. *Extinción del Servicio Regional de Salud.*

A la entrada en vigor de la presente Ley quedará extinguido el Servicio Regional de Salud.

Disposición final segunda. *Habilitación para las Transferencias.*

Se faculta al Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid para adoptar las medidas pertinentes en orden a hacer efectiva la transferencia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud en la Comunidad de Madrid.

Disposición final tercera. *Habilitación Presupuestaria.*

Se autoriza a la Consejería de Hacienda para realizar las modificaciones presupuestarias y cuantas otras operaciones de carácter financiero y presupuestario sean precisas para el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final cuarta. *Habilitación Reglamentaria.*

Se autoriza al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones necesarias para la ejecución y desarrollo de la presente Ley.

Se autoriza al Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, para que, mediante Decreto, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, proceda a reestructurar, modificar y suprimir los Entes Públicos creados en esta Ley, dando cuenta a la Asamblea en un plazo de treinta días desde su aprobación.

Disposición final quinta. *Referencias Normativas.*

Las referencias contenidas en normas vigentes a los preceptos que se derogan expresamente deberán entenderse efectuadas a las disposiciones de esta Ley que regulen la misma materia que aquéllos.

Disposición final sexta. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid», debiendo también ser publicada en el «Boletín Oficial del Estado».

Información relacionada

- Se suprimen todas las referencias contenidas en la Ley, al Órgano de Dirección y al Director General, del Instituto de Salud Pública, según se estalece en el art. 10.1 de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre. Ref. BOE-A-2005-2734

§ 42

Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de medidas en materia sanitaria

Comunidad de Madrid
«BOCM» núm. 310, de 30 de diciembre de 2004
«BOE» núm. 42, de 18 de febrero de 2005
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2005-2734

LA PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Hago saber que la Asamblea de Madrid ha aprobado la siguiente Ley, que yo, en nombre del Rey, promulgo.

PREÁMBULO

El artículo 43 de la Constitución española reconoce el derecho a la protección a la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en base a la potestad normativa reconocida en la Constitución, en los artículos 27.4, 27.5 y 28.1.1 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid y en desarrollo de la normativa básica estatal contenida principalmente en la Ley General de Sanidad ha venido a establecer la ordenación sanitaria así como la regulación de todas las acciones que permiten, a través del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid hacer efectivo el derecho de protección a la salud.

La asunción de competencias en materia de asistencia sanitaria, ha provocado una aproximación mayor de la Administración sanitaria a los ciudadanos siendo esta Administración la que debe facilitarles el acceso a las prestaciones garantizándoles la equidad, calidad y participación en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ha venido a establecer el marco legal para la colaboración de las Administraciones Públicas con la finalidad de mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Entre las acciones de coordinación y cooperación, se encuentran las prestaciones sanitarias y la participación de ciudadanos y profesionales. La Ley dedica uno de sus preceptos a la prestación del transporte sanitario y atribuye a las Administraciones sanitarias la regulación de las normas que faciliten esta prestación.

Entre las medidas que debe adoptar la Administración sanitaria, con la finalidad de garantizar la calidad de las prestaciones, cabe destacar la de establecer un sólido régimen sancionador que permita reaccionar contra los eventuales incumplimientos de la norma sanitaria en cada caso aplicable. Por tal motivo, esta Ley incorpora un régimen sancionador nuevo, de aplicación al transporte sanitario en su doble condición, es decir, como prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud y como servicio sanitario público cuyos destinatarios son los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

La experiencia adquirida desde la aprobación de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, hace necesario introducir algunas modificaciones en la organización sanitaria de forma que el funcionamiento del Sistema Sanitario Madrileño resulte más ágil y operativo para los ciudadanos. Al propio tiempo se ha estimado la necesidad de crear un nuevo órgano de naturaleza asesora, en el que se incorporen profesionales de reconocido prestigio, cuyas aportaciones contribuirán a la modernización y calidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Las medidas contenidas en esta Ley, cuyo contenido material se ciñe exclusivamente al ámbito sanitario, afectan a aspectos que requieren la adopción de medidas que justifican la aprobación de un texto normativo específico que se integre en el ordenamiento sanitario de la Comunidad de Madrid con vocación de permanencia.

La Ley se estructura en dos capítulos, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales.

El Capítulo I de la Ley establece el régimen sancionador específico del transporte sanitario terrestre en la Comunidad de Madrid, al objeto de garantizar a los ciudadanos la calidad de la prestación sanitaria y el servicio sanitario público como tal.

El Capítulo II de la Ley introduce determinadas modificaciones en relación a la organización sanitaria de la Comunidad de Madrid.

La entrada en vigor de la Ley 12/2001, de 23 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y la asunción de nuevos servicios y funciones, han puesto de manifiesto la necesidad de flexibilizar los modelos organizativos de los Entes Públicos creados en el texto legal, de forma que se consiga mayor eficacia en la gestión de las prestaciones de servicio público que tienen encomendadas.

En este sentido, la Ley suprime de una parte, al Director General del Instituto de Salud Pública, como órgano de dirección y de otra, refunde los Consejos Científicos Asesores de Formación e Investigación, de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, creando un único Consejo Científico Asesor de Formación e Investigación.

De otra parte, se incorpora el Consejo Superior de Sanidad de Madrid, a la estructura del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, como órgano consultivo dependiente directamente del Consejero de Sanidad y Consumo, al que asesorará de forma permanente en todos los asuntos que demande, sobre temas científicos y técnicos, situaciones de alerta y cuantas materias se relacionen con las competencias de la Consejería.

Finalmente, la Ley autoriza al Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, para que mediante Decreto, pueda reestructurar, modificar y suprimir los Entes Públicos regulados en Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

CAPÍTULO I

Régimen sancionador en materia de transporte sanitario terrestre

Artículo 1. *Ámbito de aplicación.*

La regulación del régimen sancionador que se lleva a efecto y que se refiere exclusivamente al ámbito sanitario, será aplicable a todos los vehículos de transporte sanitario terrestre ya fueren de transporte público, privado, u oficial, residenciados en la Comunidad de Madrid.

Artículo 2. *Infracciones.*

1. Sin perjuicio de las infracciones previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, y en la Ley 16/1987, de 30 de julio, de Ordenación de los Transportes Terrestres, constituyen infracciones administrativas, en materia de transporte sanitario terrestre, las acciones u omisiones tipificadas en los Artículos siguientes.

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

Artículo 3. *Infracciones muy graves.*

Se tipifican como infracciones muy graves las siguientes:

a) La realización del transporte sanitario careciendo de la preceptiva certificación técnico-sanitaria, sin perjuicio de la invalidez automática de la autorización de transporte sanitario conforme al artículo 136.1 del Real Decreto 1211/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres.

b) La prestación del servicio de transporte sanitario en condiciones que puedan representar un riesgo para la salud o seguridad de los usuarios por entrañar peligro o daño grave y directo para las mismas.

c) El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa que regula las condiciones técnico-sanitarias de los vehículos, para el transporte sanitario terrestre, cuando entrañe alteración, daño o riesgo sanitario grave.

d) El incumplimiento reiterado de la normativa que establece los niveles mínimos de formación del personal médico y de enfermería, así como del personal conductor y ayudante que preste sus servicios en actividades relacionadas con el transporte sanitario terrestre, siempre que de ello se derive daño grave para la salud de las personas.

e) El ejercicio de la actividad careciendo el vehículo de la dotación de personal exigida en la normativa aplicable.

f) La paralización del servicio del transporte sanitario terrestre sin causa que lo justifique.

g) El incumplimiento reiterado de los requerimientos, de medidas cautelares o definitivas que, en relación a las condiciones técnico-sanitarias del vehículo, dotación o formación del personal dedicado al transporte sanitario, formulen las autoridades sanitarias cuando concurra daño grave para la salud de las personas.

h) La resistencia coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre la autoridad o inspección sanitaria que impida el ejercicio de las funciones que, legal o reglamentariamente, tengan éstos atribuidas.

i) La falsedad en la documentación e información necesaria para obtener la certificación sanitaria de inicio de actividad para la realización del transporte sanitario.

j) La utilización de ambulancias de traslado colectivo para transportar enfermos aquejados de enfermedad de carácter transmisible conocida, cuando ello suponga peligro grave y directo para las personas.

k) El incumplimiento del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas, por parte del personal que preste sus servicios en actividades relacionadas con el transporte sanitario terrestre.

l) El retraso o incumplimiento injustificado y reiterado que ocasione daño en la prestación del transporte sanitario programado o en el funcionamiento de los centros o servicios sanitarios.

m) El incumplimiento de las demoras máximas establecidas en la realización del servicio cuando ello suponga peligro grave para los pacientes o pérdidas de tratamiento.

n) La facturación a los usuarios del importe de los servicios cuando la asistencia que origine el traslado deba ser a cargo del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.

ñ) El traslado, con ánimo de lucro, de pacientes a centros sanitarios no incluidos en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública con medios asignados al servicio de la prestación de transporte sanitario público.

o) El desplazamiento de pacientes en ruta de una ambulancia a otra sin la expresa autorización de la autoridad sanitaria.

p) El trato desconsiderado, que resulte vejatorio, con los usuarios de transporte sanitario.

q) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

r) Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo y de su grado de concurrencia, merezcan la calificación de muy graves, o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

Artículo 4. *Infracciones graves.*

Se tipifican como infracciones graves las siguientes:

a) La utilización de ambulancias de traslado para transportar enfermos que precisen asistencia sanitaria en ruta, salvo que excepcionales razones de urgencia, debidamente justificadas, así lo exijan y siempre que no constituya una infracción muy grave por entrañar peligro grave y directo para las personas.

b) La utilización de ambulancias asistenciales para el transporte de enfermos, cuyo estado no haga prever la necesidad de asistencia sanitaria en ruta.

c) La utilización de ambulancias de traslado individual para el traslado colectivo de enfermos.

d) La utilización de ambulancias de asistencia urgente para el transporte de enfermos cuyo estado haga necesario el transporte en ambulancias de asistencia intensiva tipo «UVI Móvil», salvo que aquéllas estén dotadas de los medios humanos y materiales que la normativa vigente exige para estas últimas, o que, excepcionales razones de urgencia, debidamente justificadas, así lo exijan.

e) La utilización de ambulancias de traslado colectivo para transportar enfermos aquejados de enfermedades transmisibles cuando ello no suponga peligro grave y directo para las personas.

f) El incumplimiento de las condiciones y requisitos técnicosanitarios exigidos en la normativa vigente, incluidos los sistemas de control de la prestación y geoposicionamiento, para los vehículos destinados a la prestación de servicios de transporte sanitario terrestre, cuando tal incumplimiento no sea constitutivo de una infracción muy grave, así como la omisión del deber de control o la falta de los controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.

g) El incumplimiento grave de la normativa que establece los niveles mínimos de formación del personal que preste sus servicios en actividades relacionadas con el transporte sanitario terrestre, cuando tal incumplimiento no sea constitutivo de una infracción muy grave, así como la omisión del deber de control o la falta de los controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.

h) El incumplimiento grave de la normativa que establece la dotación de personal en los vehículos asignados al transporte sanitario terrestre, cuando tal incumplimiento no sea constitutivo de una infracción muy grave, así como la omisión del deber de control o la falta de los controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.

i) Carecer de las preceptivas hojas de reclamaciones o negar u obstaculizar su disposición al público o usuarios.

j) La negativa u obstrucción a la actuación de los servicios de inspección o control sanitario.

k) El incumplimiento de los requerimientos y de las medidas cautelares o definitivas que formulen las autoridades sanitarias competentes, siempre que se produzca por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

l) El traslado de un número de pacientes superior a la capacidad de la ambulancia, salvo autorización o indicación expresa de la autoridad sanitaria.

m) La prolongación innecesaria del tiempo de permanencia del paciente en el vehículo sanitario.

n) El incumplimiento de las demoras máximas establecidas para la realización del servicio, cuando ello no suponga peligro grave para los pacientes o pérdidas de tratamiento.

ñ) La no aportación de la información asistencial y económica o la falsedad o alteración de la misma.

o) La alteración injustificada de rutas para el transporte programado de pacientes.

p) La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos tres meses.

q) Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo y de su grado de concurrencia, merezcan la calificación de graves, o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

Artículo 5. *Infracciones leves.*

Se tipifican como infracciones leves las siguientes:

a) Las meras irregularidades en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de transporte sanitario terrestre, cuando de las mismas no se deriven consecuencias graves para la salud de las personas.

b) El simple incumplimiento del deber de colaboración con los servicios de inspección sanitaria.

c) El trato desconsiderado, que no resulte vejatorio, con los usuarios del transporte sanitario.

d) El incumplimiento o demora injustificada de la emisión de informes solicitados por la autoridad sanitaria.

e) Aquellas infracciones que supongan vulneración directa de la normativa vigente en materia de transporte sanitario terrestre y que no estén tipificadas como infracciones graves o muy graves.

Artículo 6. *Sanciones.*

Las infracciones serán sancionadas, guardando la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 145 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Artículo 7. *Competencias.*

El ejercicio de la potestad sancionadora en materia de transporte sanitario terrestre corresponde, en el ámbito de la sanidad, a los órganos de la Administración de la Comunidad de Madrid señalados en el Artículo 146.1 de la citada Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Artículo 8. *Prescripción.*

1. Las infracciones tipificadas en la presente Ley como leves prescriben al año, las graves a los dos años y las muy graves a los cinco años. Las sanciones impuestas por la comisión de infracciones leves prescribirán al año, de infracciones graves a los dos años y de infracciones muy graves a los cinco años.

2. El plazo de prescripción de las infracciones tipificadas en la presente Ley, comenzará a computarse desde el día en que la infracción se hubiera cometido, quedando interrumpida por la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador. El cómputo del plazo de prescripción se reanudará si el expediente sancionador estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto responsable. El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contar desde el día siguiente a aquel en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción.

Artículo 9. *Otras medidas.*

Se podrá aplicar, a las ambulancias que no cuenten con la certificación sanitaria previa, las medidas provisionales establecidas en el artículo 147 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Asimismo, podrán adoptarse las medidas cautelares a que hace referencia el artículo 148.1 de la misma Ley.

CAPÍTULO II

Ley de Ordenación Sanitaria

Artículo 10. *Modificación parcial de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.*

Se modifican los preceptos que a continuación se indican de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid:

Uno. Se suprimen, el apartado 2 del artículo 107 y los artículos 111 y 112, así como todas las referencias contenidas en la Ley, al Órgano de Dirección y al Director General, del Instituto de Salud Pública.

Dos. Se modifica el título de la Sección Octava del Capítulo II del Título X y el artículo 132 que quedan redactados en los siguientes términos:

«Sección 8.ª Consejo Científico Asesor

Artículo 132. *Consejo Científico Asesor de Formación e Investigación.*

1. Se crea el Consejo Científico Asesor de Formación e Investigación, como órgano de participación y asesoramiento de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid en dichos ámbitos.

2. El Consejo estará integrado por representantes de las Sociedades Científicas, Colegios Profesionales, Hospitales, Universidades y otras Instituciones públicas o privadas dedicadas a la formación y a la investigación sanitaria.

3. Los miembros de dicho Consejo serán nombrados por el Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

4. La regulación de dicho Consejo se determinará reglamentariamente.»

Tres. Se adiciona una Disposición Adicional Duodécima del siguiente tenor literal:

«Disposición adicional duodécima. *Consejo Superior de Sanidad de Madrid.*

1. Se crea, en el ámbito del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, el Consejo Superior de Sanidad, como órgano directamente dependiente del Consejero de Sanidad y Consumo, al que se le encomienda el asesoramiento permanente al titular de la Consejería en todos los asuntos que éste demande, sobre temas científicos y técnicos, así como en situaciones de alerta y cuantas materias se relacionen con las competencias de la Consejería.

2. El Consejo Superior de Sanidad de Madrid, estará integrado por expertos de reconocido prestigio en los ámbitos de las profesiones sanitarias y en los campos de la alimentación y el consumo. Su composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

3. El nombramiento de su Presidente y del resto de sus miembros corresponde al Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

4. Hasta tanto se proceda a la regulación prevista en el apartado anterior, el Consejo Superior de Sanidad de Madrid, que viene a sustituir al Consejo Superior de Medicina de Madrid, se regirá por lo establecido en el Decreto 328/2003, de 11 de diciembre, del Consejo de Gobierno, por el que se crea el Consejo Superior de Medicina de Madrid.»

Cuatro. Se adiciona un apartado 2 en la Disposición Final Cuarta. Habilitación Reglamentaria del siguiente tenor literal:

«Se autoriza al Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, para que, mediante Decreto, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, proceda a reestructurar, modificar y suprimir los Entes Públicos creados en esta Ley, dando cuenta a la Asamblea en un plazo de treinta días desde su aprobación.»

Disposición derogatoria única. *Derogación de normas.*

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango en lo que contradigan o se opongan a lo dispuesto en esta Ley.

Disposición final primera. *Desarrollo y ejecución de la Ley.*

Se autoriza al Gobierno de la Comunidad de Madrid para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid», debiendo también ser publicada en el «Boletín Oficial del Estado».

§ 43

Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid
«BOCM» núm. 274, de 18 de noviembre de 2009
«BOE» núm. 37, de 11 de febrero de 2010
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2010-2187

LA PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Hago saber que la Asamblea de Madrid ha aprobado la presente Ley, que yo, en nombre del Rey, promulgo.

PREÁMBULO

I

La Libertad es el valor esencial y el principio organizador de toda sociedad avanzada y necesita para su ejercicio efectivo materializarse en realidades concretas. Para ello es preciso dar más protagonismo a la sociedad y a los individuos que la componen y profundizar en la libertad de elección de los usuarios de los servicios públicos, en especial, de aquellos que más afectan a su esfera individual, como es la asistencia sanitaria.

Una sanidad de cobertura universal, de aseguramiento público, de financiación pública, equitativa y de calidad, demanda una permanente orientación al ciudadano. Una sanidad pública participativa y realmente orientada al paciente solo es posible cuando éste tiene libertad de elegir el centro sanitario y el profesional por el que quiere ser atendido.

El ejercicio efectivo de la libertad de elección de médico sitúa al paciente en el centro de atención de los sistemas de salud y es, en sí mismo, un elemento imprescindible para garantizar la mejora, tanto en la calidad de la prestación sanitaria, como de la relación médico paciente.

La libertad de elección fortalece la capacidad de los ciudadanos para participar realmente en la toma de decisiones relacionadas con su salud, al permitirles poner de manifiesto sus preferencias de manera directa y continuada; al mismo tiempo, la libertad de elección facilita a los responsables de los servicios públicos sanitarios el acceso inmediato a la percepción que tienen los pacientes de la calidad de la atención sanitaria, proporcionando así una información relevante y de gran utilidad para gestionar los recursos bajo los principios de eficiencia y equidad.

La libertad de elección de médico se configura como un elemento fundamental de la relación entre el paciente y su médico.

La libertad de elección en el ámbito sanitario sintoniza con una sociedad cada vez más y mejor informada y a la vez más exigente. Es por ello que la libertad de elección de médico

requiere como condición previa una información clara y precisa sobre las prestaciones a las que tiene derecho el paciente dentro de los sistemas de salud.

II

Las diversas normas jurídicas existentes a nivel estatal se circunscriben a un reconocimiento genérico de la libertad de elección. Además, regulan la libertad de elección bajo múltiples condicionantes territoriales o de asignación poblacional, lo que ha limitado su ejercicio real y ha postergado la íntima vinculación que la libertad de elección tiene con la calidad de la asistencia sanitaria.

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid recoge como uno de sus principios rectores, «la orientación del Sistema a los ciudadanos, estableciendo los instrumentos necesarios para el ejercicio de sus derechos, reconocidos en esta Ley, especialmente la equidad en el acceso y la libertad de elección», si bien hasta el momento no se ha aprobado disposición normativa alguna que articule cómo y en qué condiciones se puede ejercer esta facultad ante una realidad sanitaria distinta a la que existía en el momento de su aprobación.

El legislador autonómico, atento a estas circunstancias y a las demandas de la sociedad a la que representa, profundiza con esta Ley en la modernización de los servicios públicos sanitarios y cumple con el compromiso de habilitar un marco legal que garantice el ejercicio de la libertad de elección de la manera más amplia y flexible posible y siempre sobre la base de dotar de contenido real el derecho de autonomía del paciente.

La concreción del principio genérico de Libertad en la libertad de elección de médico, pediatra y enfermero de atención primaria y de médico y hospital en atención especializada, junto a la necesidad de adecuar la organización a los cambios de la realidad sanitaria madrileña, que ha experimentado un gran incremento tanto en la población como en las infraestructuras y recursos sanitarios, exige una nueva concepción de la organización territorial y funcional del Sistema Madrileño de Salud con el fin último de garantizar una Sanidad sin fronteras burocráticas.

En la actualidad existen barreras administrativas y de organización territorial que impiden de facto la libre elección de hospital o centro de salud dentro del territorio de la Comunidad de Madrid. En una Comunidad Autónoma uniprovincial, como es la Comunidad de Madrid, carece de sentido una división territorial en múltiples áreas sanitarias pues dificulta la accesibilidad plena y libre al sistema público sanitario y propicia su fragmentación.

En consecuencia, todo el territorio de la Comunidad de Madrid se identifica con un Área de Salud Única, en coherencia con su carácter uniprovincial, y sobre esta demarcación, instrumental al ejercicio de los ciudadanos de la libertad de elección, se organiza su sistema público sanitario.

III

La presente ley regula el ejercicio de la libertad de elección de médico, enfermero, pediatra en atención primaria y de médico y hospital en atención especializada con una gran amplitud, sobre la base de su ejercicio individual por todos aquellos que conforme al ordenamiento jurídico vigente tienen derecho a la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid, en virtud de su residencia, y establece los supuestos en los que es necesaria la representación por limitaciones a la capacidad jurídica o de obrar.

La concepción extensa de la libertad de elección se manifiesta igualmente a la hora de regular los distintos condicionantes de su ejercicio y los supuestos de asignación previa o de denegación de la solicitud, que por su excepcionalidad es preciso interpretar de manera restrictiva. El Servicio Madrileño de Salud garantizará, en todo caso, la atención sanitaria a todos los ciudadanos beneficiarios de este derecho así como el correcto funcionamiento del servicio público.

La presente ley se dicta en virtud de los artículos 27.4, 27.5 y 28.1.1 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid y dentro del vigente marco de distribución de competencias, oído el Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.

Artículo 1. *Objeto.*

El objeto de la presente ley es regular el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en atención primaria y de médico y hospital en atención especializada, con excepción de la atención domiciliaria y las urgencias.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

1. La libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en atención primaria y de médico y hospital en atención especializada podrá ejercerse en todo el territorio de la Comunidad de Madrid.
2. Al objeto de dar cumplimiento a lo dispuesto en el apartado anterior, el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid se organiza en un Área de Salud Única integrada por el conjunto del territorio de la región.
3. Podrán ejercer la libertad de elección los residentes en la Comunidad de Madrid, de conformidad con la normativa estatal y autonómica vigente.
4. La libertad de elección se ejercerá de forma individual. En los casos de menores de edad no emancipados o incapacitados la libertad de elección se ejercerá por sus padres, tutores o representantes legales.

Artículo 3. *Ejercicio de la libertad de elección.*

1. La libertad de elección de médico de familia, pediatra o enfermero en atención primaria se ejercerá en cualquier momento, y sin necesidad de justificación alguna.
2. Los pacientes a quienes se les prescriba atención especializada podrán elegir libremente médico en cualquier hospital y centro de especialidades de la red pública de la Comunidad de Madrid.
3. Reglamentariamente se regulará el procedimiento para el ejercicio de la libertad de elección. El procedimiento para el ejercicio de la libertad de elección de médico en atención especializada tendrá en cuenta, entre otras condiciones, el grado de especialización de los facultativos pertenecientes a cada servicio médico hospitalario.
4. Cuando no exista elección expresa del profesional y hasta que ésta se produzca, la administración sanitaria procederá a la asignación previa de médico, pediatra y enfermero en atención primaria.
5. La elección de médico en atención especializada supondrá que todos los actos relacionados con un mismo proceso clínico serán atendidos en el mismo hospital, sin perjuicio de la asistencia en centros hospitalarios de referencia. Asimismo, no será posible la elección simultánea de varios especialistas para el mismo proceso clínico.
6. Con carácter excepcional, la elección de médico de familia, médico especialista, pediatra o enfermero podrá ser denegada mediante resolución debidamente motivada, por causas organizativas o de salvaguarda de la buena relación médico paciente, en los supuestos y por el órgano administrativo que se determine reglamentariamente. La denegación sólo podrá tramitarse previa petición del profesional sanitario debidamente justificada.

Disposición adicional única. *Modificación de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.*

Se modifica el artículo 4 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que queda redactado en los siguientes términos:

«El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se organiza en un Área Sanitaria Única integrada por el conjunto del territorio de la Comunidad de Madrid.»

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a la presente ley.

Disposición final primera. *Habilitación para el desarrollo reglamentario.*

Se habilita al Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid para que en el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de esta ley lleve a cabo el desarrollo reglamentario previsto en la misma.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid».

§ 44

Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud

Comunidad de Madrid
«BOCM» núm. 2, de 3 de enero de 2018
«BOE» núm. 34, de 7 de febrero de 2018
Última modificación: 29 de diciembre de 2023
Referencia: BOE-A-2018-1610

LA PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Hago saber que la Asamblea de Madrid ha aprobado la siguiente Ley, que yo, en nombre del Rey promulgo.

PREÁMBULO

El artículo 43 de la Constitución Española de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la competencia para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, estableciendo al mismo tiempo que los derechos y deberes de todos al respecto constituyen reserva de ley, lo que implica que el contenido del derecho a la protección de la salud ha de ser fijado por el legislador ordinario, en el marco de competencias que corresponden al Estado y a las Comunidades Autónomas de acuerdo con la distribución constitucional y con lo que establezcan en cada caso los respectivos Estatutos de Autonomía.

La Asamblea de Madrid el 22 de octubre de 2015 aprobó por unanimidad la Resolución 24/2015, que contenía cinco puntos que constituyen el denominador común de buen gobierno y buena gestión pública para los centros y organizaciones sanitarias en los países de nuestro entorno: órganos colegiados de gobierno en todas las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud; profesionalización de la función directiva; fortalecimiento de los órganos de asesoramiento y participación; establecimiento de instrumentos de buen gobierno y autonomía de gestión y capacidad de innovación.

Esta Ley regula y concreta dichos instrumentos de buen gobierno, pues dota al sistema sanitario madrileño de un marco estructural y organizativo moderno, ágil y eficaz, con el objetivo de lograr mayor eficiencia y calidad, más participación y control y más transparencia y rendición de cuentas en la gestión sanitaria, teniendo presente el enfoque del paciente como eje del sistema.

Los órganos de gobierno, denominados Juntas de Gobierno, existirán en todas las organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, permitirán una mayor autonomía en la gestión al tiempo que garantizarán un nivel adecuado de control y transparencia al rendir cuentas ante ellos los órganos directivos.

La presente Ley reconoce la necesaria profesionalización de la función directiva en el sistema sanitario madrileño y dispone el establecimiento de procedimientos de selección que permitan garantizar el mérito y la capacidad en el acceso a los puestos directivos, así como de sistemas de evaluación del desempeño de la función directiva sanitaria.

La Ley refuerza los órganos de asesoramiento y participación profesional y crea órganos de participación de representantes públicos y del tejido asociativo de la ciudadanía. El refuerzo de los órganos de asesoramiento y participación profesional tiene como objetivo una mayor garantía de rigor científico-profesional en la toma de decisiones, favorecer la implicación de los profesionales sanitarios con sus centros, hacer el proceso de toma de decisiones más transparente y participativo y mejorar su calidad.

En el ámbito de la transparencia, ética pública, el acceso a la información y otros instrumentos de buen gobierno, la Ley introduce medidas concretas que incluyen compromisos, como un Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno de la sanidad pública madrileña, comprensivo de regulación de conflictos de interés y códigos de buenas prácticas aplicables al personal directivo de los centros dependientes o adscritos al Servicio Madrileño de Salud. La Ley establece que las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud, para el mejor cumplimiento de sus fines, actuarán bajo el principio de autonomía de gestión, dentro de un marco general común, establecido por el Servicio Madrileño de Salud, que tiene como instrumentos de referencia el Contrato Programa y el presupuesto. Una importante novedad de la Ley es su apertura a la innovación organizativa y a las experiencias piloto, que deberán incluir mecanismos de evaluación.

La Ley se estructura en cinco capítulos.

El Capítulo Primero, de disposiciones generales, determina el objeto de la Ley y su ámbito de aplicación, así como define las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud.

El Capítulo II regula los órganos colegiados de gobierno y gestión de los centros y organizaciones, dividido en dos secciones: Juntas de Gobierno y órganos de dirección. En esta última sección se regulan los aspectos esenciales del ejercicio de la función directiva, estableciendo, de forma expresa, la figura del directivo sanitario profesional así como un procedimiento de selección del mismo fundado en los principios de mérito y capacidad y un sistema de evaluación del desempeño que valore su actividad.

El Capítulo III aborda los órganos de asesoramiento y participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afecten a sus actividades y aquellos órganos de carácter técnico de asesoramiento e informe. Asimismo, la participación ciudadana y de los agentes sociales.

El Capítulo IV se dedica a los instrumentos de buen gobierno, con especial referencia a la transparencia, el acceso a la información en sus actuaciones, la ética y buen gobierno de los centros, que incluyen la aprobación de un Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno para los centros sanitarios.

Finalmente el Capítulo V entiende de la autonomía de gestión y capacidad de innovación para los centros y las organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

La Ley contiene dos disposiciones adicionales, que regulan: el acceso y la formación de los profesionales de gestión y servicios y el reconocimiento de méritos en el desempeño de funciones directivas y de gestión clínica por el personal sanitario.

La disposición transitoria salvaguarda los nombramientos de los directivos que desempeñen sus puestos en el momento de entrada en vigor de la Ley, sin perjuicio de evaluar su desempeño.

Las disposiciones finales, en número de tres, prevén el desarrollo reglamentario, la habilitación presupuestaria y la entrada en vigor.

La Asamblea de Madrid aprueba esta Ley en el ejercicio de la competencia para la organización, régimen y funcionamiento de sus instituciones de autogobierno, que le atribuye el artículo 26.1.1 de su Estatuto de Autonomía y de la competencia de desarrollo legislativo de la legislación básica del Estado en materia de Sanidad, de conformidad con lo establecido en el artículo 27, apartados 4 y 5, del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero y según redacción dada a dicho precepto por la Ley Orgánica 5/1998, de 7 de julio.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

1. La presente Ley regula la creación y el funcionamiento de órganos de gobierno, dirección, gestión, participación profesional y ciudadana y de asesoramiento en las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud.

2. Las organizaciones se regirán por los principios de eficacia, eficiencia, ética, transparencia, publicidad activa, acceso a la información, buen gobierno, autonomía de la gestión y responsabilidad jurídica.

3. Asimismo regula el desarrollo de la función directiva de su personal, estableciendo los procedimientos de selección, nombramiento, marco competencial, evaluación y remoción de los directivos sanitarios públicos.

4. Regula también las actuaciones de los directivos y profesionales que formen parte de las organizaciones comprendidas en esta Ley, que deben estar presididas por los principios de ética, buen gobierno y responsabilidad jurídica.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

1. Esta Ley será de aplicación a las organizaciones que forman parte del Servicio Madrileño de Salud, así como al personal que presta servicios en el mismo, su aplicación en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, en el Ente Público Hospital de Fuenlabrada y en la Unidad Central de Radiodiagnóstico se extenderá a todas las materias que no estén reguladas expresamente en sus respectivos estatutos.

2. Los centros que se financian con dinero público y que proveen prestaciones dentro de la sanidad pública madrileña, garantizarán el respeto de los principios básicos de esta Ley, haciendo cumplir los requisitos de transparencia, rendición de cuentas y acceso a la información así como la existencia de órganos colegiados de asesoramiento profesional.

Artículo 3. *Organizaciones del Servicio Madrileño de Salud.*

1. A los efectos de esta Ley son organizaciones del Servicio Madrileño de Salud: los hospitales, las Direcciones Territoriales de Atención Primaria, la Unidad Central de Radiodiagnóstico y el SUMMA 112.

2. Las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud constituyen instrumentos de la prestación de servicios sanitarios y se configuran como órganos periféricos que integran y gestionan en su ámbito el sistema sanitario público madrileño.

Les corresponde la gestión unitaria de los recursos sanitarios asignados reglamentariamente, así como de las prestaciones y programas sanitarios que desarrollan, excepto las funciones de autoridad sanitaria.

3. Las Direcciones Territoriales de Atención Primaria constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria y comprenderán el conjunto de los centros de salud del área territorial.

4. La extensión territorial y el contingente de población contenido en cada Dirección Territorial de Atención Primaria se determinará reglamentariamente. En cualquier caso se garantizará la libre elección de los pacientes y usuarios.

5. El ámbito competencial y geográfico, si procede, de cada uno de los centros sanitarios se establecerá en el desarrollo reglamentario de la presente Ley.

CAPÍTULO II

Órganos de gobierno y gestión de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud

Sección 1.ª Juntas de Gobierno

Artículo 4. *Naturaleza y régimen jurídico.*

1. Las organizaciones gestionadas por el Servicio Madrileño de Salud dispondrán de un órgano colegiado de gobierno denominado Junta de Gobierno, al que se le atribuye la misión fundamental de la superior administración del centro. La Junta de Gobierno podrá adoptar la forma de consejo de administración o de patronato si la naturaleza jurídica del centro lo exigiese.

2. La Junta de Gobierno de las organizaciones sanitarias adaptará su funcionamiento a la normativa básica sobre régimen jurídico administrativo aplicable a todas las Administraciones públicas y serán los órganos colegiados ante los que responderán de sus actuaciones los directores gerentes y directores territoriales de atención primaria.

Artículo 5. *Composición.*

1. La Junta de Gobierno estará compuesta como máximo por los siguientes miembros: un presidente, un vicepresidente y 11 vocales.

Para organizaciones sanitarias de actividad asistencial muy específica o de prestación sanitaria a reducidos núcleos de población, de forma excepcional, mediante Decreto del Consejo de Gobierno se podrá disponer que la composición sea de un presidente, un vicepresidente y cinco vocales.

2. El presidente será nombrado por el presidente del consejo de administración del Servicio Madrileño de Salud, a propuesta del director general del Servicio Madrileño de Salud, oído el consejo de administración.

3. El vicepresidente será nombrado por el presidente del consejo de administración del Servicio Madrileño de Salud, a propuesta de la Junta de Gobierno, entre los vocales.

4. Todos los vocales serán nombrados por el presidente del consejo de administración del Servicio Madrileño de Salud, con la siguiente composición:

a) Seis vocales a propuesta del Servicio Madrileño de Salud.

b) Cuatro vocales para cuya designación la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud efectuará una convocatoria pública dirigida a organizaciones sociales y económicas, entidades académicas, asociaciones ciudadanas, colegios profesionales, sociedades científicas, y otras organizaciones de participación ciudadana para que efectúen propuestas de candidatos a la Junta de Gobierno que deberán cumplir las condiciones de trayectoria profesional, mérito y conocimientos requeridos por la convocatoria.

La Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud comprobará la adecuación de las propuestas a la convocatoria y dará traslado de las que cumplan los requisitos a la Junta Técnica Asistencial para que elija a los vocales, de los cuales al menos dos deberán ser profesionales sanitarios.

c) Dos vocales en representación de los ciudadanos que serán designados a propuesta de la Federación de Municipios de Madrid teniendo en cuenta el ámbito de actuación en el que presta asistencia la organización sanitaria.

5. En las organizaciones sanitarias de actividad asistencial muy específica o de prestación sanitaria a reducidos núcleos de población para las que un Decreto del Consejo de Gobierno disponga la composición prevista en el segundo párrafo del artículo 5.1, tres de los vocales serán designados a propuesta del Servicio Madrileño de Salud, uno mediante convocatoria pública y dos a propuesta de la Federación de Municipios de Madrid. Todos ellos de acuerdo con los procedimientos correspondientes a cada categoría establecidos en las letras b) y c) del apartado anterior.

6. El secretario será designado por el presidente entre personal de la organización y actuará con voz pero sin voto.

7. El director gerente de la organización asistirá a las reuniones de la Junta de Gobierno con voz pero sin voto.

8. El presidente y los vocales externos ejercerán su cargo sin ninguna vinculación orgánica ni retribución salarial, teniendo derecho al reembolso de gastos de desplazamiento y a las asistencias que estén establecidas con carácter general por la concurrencia a órganos colegiados de la Administración. Tendrán derecho a la asistencia y defensa jurídica por los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid en los asuntos derivados de las actuaciones u omisiones que traigan causa directa de su participación en la Junta de Gobierno.

9. El mandato de los miembros de la Junta de Gobierno propuestos conforme al artículo 5.4.b) será de cinco años.

Artículo 6. *Funciones.*

Los principales cometidos y responsabilidades de la Junta de Gobierno son los siguientes:

a) Aprobar el Reglamento de Régimen Interior, velar por su aplicación y cumplimiento y aprobar y modificar las normas internas específicas de cada organización sanitaria.

b) Aprobar las estrategias generales de la organización, alineadas con las del Servicio Madrileño de Salud.

c) Aprobar el plan de gestión anual de la organización.

d) Ejercer el control de la ejecución y consecución de los objetivos.

e) Proponer el anteproyecto de presupuesto anual ajustado a las actividades pactadas y su inclusión en el Contrato Programa de la organización.

f) Aprobar los planes asistenciales, de formación e investigación reflejados en el Contrato Programa y velar por el cumplimiento de este y de su presupuesto así como por su transparencia y publicación.

g) Examinar y evaluar la actividad asistencial y su vinculación con la ejecución presupuestaria de la organización.

h) Conocer los informes de la Intervención relativos a la organización.

i) Aprobar con periodicidad anual el inventario y la Memoria expresiva de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras y de la gestión económica de la organización. La Memoria anual deberá constituir un documento fundamental en la rendición de cuentas y el balance de gestión y deberá ser publicada.

j) Velar por el cumplimiento de la normativa vigente en materia de transparencia, ética y buen gobierno, con especial incidencia en las decisiones y actuaciones de los directivos y profesionales y en los datos del sistema de información de la organización.

k) Analizar y evaluar los indicadores asistenciales y velar por la calidad de las prestaciones sanitarias de la organización.

l) Analizar y evaluar periódicamente informes sobre quejas y reclamaciones de los pacientes y familiares y los reconocimientos recibidos.

m) Estudiar y, en su caso, impulsar las propuestas que eleven el Consejo Asesor Asistencial y los Consejos Territoriales de Salud.

n) Seleccionar y elevar al director general del Servicio Madrileño de Salud la propuesta de nombramiento o cese motivado del director gerente o del director territorial de atención primaria de acuerdo con el procedimiento que reglamentariamente se establezca.

ñ) Decidir, a propuesta del director gerente o director territorial de atención primaria, sobre el nombramiento y cese motivado de los cargos directivos de primer nivel señalados en el artículo 11 de la presente Ley para su comunicación al director general del Servicio Madrileño de Salud.

o) Evaluar el desempeño de los miembros de la Comisión de Dirección.

p) Velar para que la política de personal de la organización sanitaria se ajuste al cumplimiento de lo establecido en el Estatuto Marco y sea conforme a la política general de recursos humanos del Servicio Madrileño de Salud.

q) Promover la formación continuada de los profesionales sanitarios de la organización en consonancia con la Comisión de Formación de la misma.

r) Aprobar los planes anuales de investigación ligados a la organización de conformidad con los informes emitidos por la Comisión de Investigación de la misma.

Artículo 7. *Funcionamiento.*

1. Las Juntas de Gobierno se reunirán con carácter ordinario al menos una vez al trimestre y, obligatoriamente, para la aprobación de liquidaciones presupuestarias y cuentas anuales y para la aprobación e informe de los objetivos de gestión. Se podrán reunir también con carácter extraordinario a iniciativa del presidente o mediante petición razonada de, al menos, la mitad de sus miembros.
2. Para el funcionamiento de las Juntas de Gobierno se aplicarán las reglas de funcionamiento de los órganos colegiados establecidas en la legislación básica del Estado para esta materia.
3. Se publicará el contenido básico de las actas de las Juntas de Gobierno así como sus decisiones, con respeto en todo caso a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Sección 2.a Órganos de Dirección de las Organizaciones del Servicio Madrileño de Salud

Artículo 8. *Órganos de Dirección.*

Todas las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud tendrán los siguientes órganos de Dirección:

a) Órganos unipersonales: las Direcciones Gerencia de los centros hospitalarios, de la Unidad Central de Radiodiagnóstico, del SUMMA 112 y las Direcciones Territoriales de Atención Primaria.
b) Las Comisiones de Dirección.
c) El personal directivo dependiente de la Dirección Gerencia o de la Dirección Territorial de Atención Primaria.

Artículo 9. *Órganos directivos unipersonales. Director gerente y director territorial.*

1. Al frente de cada organización existirá un director gerente o director territorial, cuyo nombramiento y cese corresponde al Consejo de Administración del SERMAS a propuesta del Director General del SERMAS atendiendo a la normativa de aplicación.
2. Podrán acceder a la Dirección Gerencia o a la Dirección Territorial de Atención Primaria, personas sin previa vinculación profesional o laboral con la Administración pública.
3. Los directores gerentes y los directores territoriales estarán sujetos a evaluación continua, pudiendo ser relevados de su puesto si la evaluación en el desempeño de sus funciones fuera negativa.
4. A las personas designadas para ocupar los puestos a los que se refiere el presente artículo les serán de aplicación las normas sobre incompatibilidades del sector público.

Artículo 10. *Funciones de la Dirección Gerencia y de la Dirección Territorial de Atención Primaria.*

Los titulares de la Dirección Gerencia de los centros hospitalarios y, la Dirección Territorial de Atención Primaria, como órganos de dirección, tendrán a su cargo la gestión de las actividades de las organizaciones sanitarias respectivas y ejercerán las siguientes funciones:

a) Ostentar la representación de la organización y, en virtud de dicha representación, comparecer en juicio si procede y en todo tipo de actuaciones, públicas o privadas.
b) Elaborar y proponer a la Junta de Gobierno el Reglamento de Régimen Interior. Este reglamento deberá ser aprobado por la Junta de Gobierno y, previa y preceptivamente, deberá ser sometido a un período de información y de alegaciones a los sectores profesionales y sindicales de la organización.
c) Elaborar y proponer a la Junta de Gobierno el anteproyecto de presupuesto.

d) Proponer a la Junta de Gobierno la modificación del proyecto de Cartera de Servicios de la organización de acuerdo con la determinación de las prestaciones sanitarias aprobadas por la Consejería competente en materia de Sanidad.

e) Proponer a la Junta de Gobierno y a la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud las políticas y estrategias de actuación de su organización sanitaria en orden al mejor cumplimiento de sus objetivos y, en su caso, ejecutarlas.

f) Participar en la elaboración del Contrato-Programa y suscribirlo.

g) Ejercer la alta dirección, coordinación efectiva y supervisión de todos los servicios y unidades de la organización así como dictar las instrucciones que sean necesarias para su mejor funcionamiento.

h) Elevar a la Junta de Gobierno propuesta de designación de los cargos directivos que podrían formar parte de la Comisión de Dirección para su remisión al director general del Servicio Madrileño de Salud a efectos de su nombramiento.

i) Presidir la Comisión de Dirección.

j) Sin perjuicio de las competencias atribuidas legalmente a la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, y de conformidad con sus instrucciones, gestionar la política de recursos humanos y, a tal fin, concertar y rescindir relaciones laborales, ejercer la potestad disciplinaria, ejecutar los acuerdos del Servicio Madrileño de Salud sobre el régimen retributivo, ejercer la superior jefatura del personal y mantener las relaciones con los órganos de representación del mismo, así como todas aquellas otras actuaciones que, en materia de recursos humanos, le sean encomendadas.

k) Resolver los procedimientos de reclamaciones previas a la vía civil y laboral, así como los disciplinarios, excepto en los casos de despido, en los que deberá elevar propuesta a la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud para su resolución o, en relación con el personal estatutario, cuando los hechos sean calificados de falta grave o muy grave, en cuyo caso la resolución corresponderá al órgano competente de la Comunidad de Madrid.

l) Ejercer las funciones que le correspondan en materia de contratación.

m) Adoptar las medidas que resulten precisas para el cumplimiento de los acuerdos de la Junta de Gobierno.

n) Implementar mecanismos para controlar el cumplimiento de los objetivos y la planificación programada y hacer posible el seguimiento de los mismos.

ñ) Elaborar y elevar a la Junta de Gobierno para su aprobación y posterior remisión a la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud la Memoria anual.

o) Publicar anualmente la Memoria de actividades de los centros y ejecutar las previsiones estatales y autonómicas en materia de transparencia, buen gobierno y publicidad activa.

Artículo 11. *Personal directivo dependiente de la Dirección Gerencia o Dirección Territorial de Atención Primaria.*

1. Las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud contarán con personal directivo cuyo número y denominación dependerá de la naturaleza de la organización, de su tamaño y características específicas.

2. Reglamentariamente se determinará la estructura marco para los diferentes tipos de organizaciones del Servicio Madrileño de Salud, que servirá de base para la elaboración de los Reglamentos de Régimen Interior. Los órganos colegiados de gobierno desarrollarán y aprobarán en sus Reglamentos de Régimen Interior, su organigrama directivo y las normas básicas de su organización y funcionamiento, con sujeción a la estructura marco fijada.

3. Con carácter general, todas las organizaciones contarán un núcleo básico de personal directivo, que dependiente de la correspondiente Dirección Gerencia o Dirección Territorial de Atención Primaria, serán responsables de la actividad asistencial, los cuidados de enfermería, la gestión económica, que incluirá compras, logística, mantenimiento y servicios generales, y gestión de personal.

4. Estos puestos directivos serán provistos por el sistema de libre designación, pudiendo acceder a los mismos, personas sin previa vinculación profesional o laboral con la Administración Pública atendiendo a la normativa de aplicación.

5. La Dirección Gerencia o Dirección Territorial de Atención Primaria propondrá la designación del personal directivo bajo su dependencia al Director General del SERMAS, que será el competente para acordar su nombramiento y remoción.

6. El desempeño del puesto directivo estará sujeto a evaluación continua, pudiendo ser relevados de su puesto si la evaluación en el desempeño de sus funciones fuera negativa.

7. A las personas designadas para ocupar los puestos a los que se refiere el presente artículo les serán de aplicación las normas sobre incompatibilidades del sector público.

Artículo 12. *Comisión de Dirección.*

1. En las organizaciones sanitarias se establece la Comisión de Dirección como órgano de gestión, presidida por el director gerente o el director territorial y de la que, además, formarán parte los directivos que reglamentariamente se determine.

2. El régimen de funcionamiento de la Comisión de Dirección, que será aprobado en el Reglamento de Régimen Interior, se adaptará en lo que corresponda a las previsiones establecidas en la legislación básica del Estado en materia de órganos colegiados.

A sus sesiones podrán acudir las personas que determine la Dirección Gerencia o la Dirección Territorial de Atención Primaria.

Ejercerá las funciones de secretario la persona designada por el director gerente o el director territorial de atención primaria.

Se publicará el contenido básico de las actas de las Comisiones de Dirección así como sus decisiones, con respeto en todo caso a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

3. A la Comisión de Dirección le corresponde el ejercicio, entre otras, de las siguientes funciones:

a) Establecer los objetivos operativos instrumentando programas por objetivos.

b) Realizar el control del gasto ajustado a la actividad establecida en el contrato programa.

c) Efectuar el seguimiento continuo de las actividades de los servicios y unidades de la organización.

d) Establecer y poner en marcha las medidas pertinentes para el mejor funcionamiento de los servicios y unidades de la organización, en sus aspectos sanitario y económico, y su ordenación y coordinación interna.

e) Análisis y propuestas sobre el presupuesto anual y la política de personal.

f) Estudiar y, en su caso, impulsar las propuestas que eleven la Junta Técnica Asistencial y las distintas comisiones técnicas consultivas.

g) Adoptar las medidas que sean necesarias para la optimización de los recursos.

h) Impulsar los mecanismos de participación de los profesionales.

i) Aplicar los principios de transparencia, publicidad activa, ética y buen gobierno en las decisiones organizativas y en las actuaciones de sus directivos y profesionales.

j) Articular las medidas para la humanización de la asistencia.

CAPÍTULO III

Órganos de asesoramiento y participación

Artículo 13. *Junta Técnica Asistencial.*

1. Se configura como órgano colegiado de participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afecten a sus actividades y de asesoramiento de la Dirección Gerencia y de la Comisión de Dirección.

2. La composición y el funcionamiento de la Junta Técnica Asistencial se fijarán reglamentariamente.

En los centros hospitalarios la Junta Técnica Asistencial estará presidida por el director médico como directivo máximo responsable de la actividad asistencial.

En las Direcciones Territoriales de Atención Primaria la Junta Técnica Asistencial estará presidida por el director territorial y formarán parte de ella, entre otros, los directores de los centros de salud del territorio.

Artículo 14. *Funciones de la Junta Técnica Asistencial.*

1. Corresponden a la Junta Técnica Asistencia las siguientes funciones:

a) Conocer, informar y evaluar los objetivos asistenciales, docentes y de investigación de la organización.
b) Asesorar a los órganos de dirección en todas aquellas materias de incidencia directa en las actividades asistenciales del mismo.
c) Conocer e informar las normas de funcionamiento interno y la estructura de los órganos de dirección, creación de nuevas unidades o servicios clínicos, y convocatorias y nombramientos de jefaturas asistenciales, con carácter previo a su aprobación o modificación por el órgano de gobierno.
d) Conocer e informar los planes de necesidades e inversiones.
e) Conocer e informar los planes y decisiones relacionados con la política de personal de la organización.
f) Proponer medidas para la mejora en todos los aspectos, especialmente seguridad del paciente, calidad, efectividad clínica, formación, investigación, mejora asistencial y coordinación entre niveles y unidades asistenciales.
g) Elegir los vocales de la Junta de Gobierno a los que se refiere el artículo 5.4.b) de esta Ley.
h) Proponer la designación de los miembros de las Comisiones Técnicas Consultivas de carácter clínico-asistencial y conocer e informar sus propuestas.
i) Conocer las propuestas y acuerdos de las Comisiones Técnicas Consultivas, cuando aquéllas tengan incidencia en las actividades clínicas o de cuidados, respectivamente.
j) Elaborar informes, dictámenes y recomendaciones sobre materias que afecten a las actividades asistenciales de la organización.
k) Proponer medidas tendentes a la actualización de los conocimientos, potenciación de la investigación, mejora asistencial y de coordinación entre niveles asistenciales.
l) Tener acceso regular al cuadro de mando de la organización sobre toda la actividad asistencial de la misma incluyendo tiempos de demora en los diversos servicios.
m) Conocer e informar el anteproyecto de presupuestos de la organización, así como recibir información periódica de la ejecución presupuestaria.
n) Cualquier otra función que se establezca en el Reglamento de Régimen Interior.

2. Los profesionales sanitarios, a través de sus representantes o mediante escrito dirigido a la presidencia de la Junta Técnica Asistencial, podrán elevar a la misma propuestas de índole asistencial y relacionadas con la calidad de las prestaciones y la seguridad de los pacientes. Asimismo podrán comparecer con voz pero sin voto, previa aprobación de la mayoría de la Junta Técnica Asistencial.

Artículo 15. *Funcionamiento de la Junta Técnica Asistencial.*

1. La Presidencia dará cuenta de los indicadores de resultados que se contemplen dentro de los objetivos de sus respectivas unidades, así como de los recursos empleados para su consecución.
2. La Secretaría de la Junta Técnica Asistencial contará con estructura administrativa y medios personales y materiales suficientes para su correcto funcionamiento.
3. Se publicará el contenido básico de las actas de la Junta Técnica Asistencial así como sus decisiones, con respeto en todo caso a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.
4. La Junta Técnica Asistencial elevará los informes que consideren necesarios tanto a la Comisión de Dirección como a la Junta de Gobierno.
5. Los informes, dictámenes y recomendaciones de la Junta Técnica Asistencia no son vinculantes, más las actuaciones en las que no se atienda a su criterio requerirán motivación suficiente y adecuada.

Artículo 16 Comisiones Técnicas Consultivas.

1. Las funciones de las Comisiones Técnicas Consultivas serán de asesoramiento e informe y tendrán por objeto cuestiones técnicas en materias fundamentalmente clínico

asistenciales con el fin de contribuir al mejor nivel técnico-científico, calidad, eficacia y eficiencia de la organización.

2. En los hospitales del Servicio Madrileño de Salud deberán establecerse las Comisiones Técnicas Consultivas adecuadas a la actividad asistencial desarrollada por el centro y, en todo caso:

a) Comisión de Calidad.
b) Comisión de Farmacia y Terapéutica.
c) Comisión de Formación.
d) Comisión de Documentación Clínica.
e) Comisión de Infecciones y Política Antibiótica.
f) Comisión de Mortalidad.
g) Comisión de Seguridad del Paciente.
h) Comisión de Ética Asistencial.
i) Comisión de Investigación.

3. Si la actividad desarrollada y las características del centro hospitalario lo aconsejan se contará además con las siguientes Comisiones Técnicas Consultivas:

a) Comisión de Tejidos y Tumores.
b) Comisión de Transfusiones.
c) Comisión de Trasplantes.
d) Comisión de Evaluación de Tecnología.
e) Comisión de Atención al dolor.

4. Asimismo podrán constituirse cualesquiera otras Comisiones Técnicas Consultivas que, previa propuesta del director correspondiente o, en su caso, de la Junta Técnica Asistencial, resulten aprobadas por la Comisión de Dirección.

5. En las Direcciones Territoriales de Atención Primaria deberán establecerse las Comisiones Técnicas Consultivas adecuadas a su actividad asistencial y, en todo caso:

a) Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente.
b) Comisión de Farmacia y Terapéutica.
c) Comisión de Formación e Investigación.
d) Comisión de Salud Mental.

6. La Comisión de Salud Mental estará presidida por el titular del órgano competente en materia de Coordinación de Salud Mental e incluirá a los responsables de los Centros de Salud Mental, de los servicios de psiquiatría de los hospitales generales del área, de los hospitales psiquiátricos, y vocales elegidos directamente por los profesionales de cada uno de estos ámbitos.

Artículo 17. *Consejos Territoriales de Salud.*

1. Los Consejos Territoriales de Salud se constituyen como órganos de participación y coordinación de la gestión socio-sanitaria y sanitaria de las organizaciones. Tendrán como finalidad hacer llegar a la Dirección Gerencia las expectativas, necesidades y propuestas de la población asignada a las Direcciones Territoriales de Atención Primaria y al hospital u hospitales del ámbito de actuación de las mismas.

2. Los Consejos Territoriales de Salud funcionarán en Pleno y en Comisión de Coordinación.

3. La composición del Pleno de los Consejos Territoriales de Salud se fijará reglamentariamente. Formarán parte del mismo, al menos, las siguientes personas e instituciones:

a) El director territorial de atención primaria, que ejercerá de presidente, y los directores gerentes del hospital u hospitales ubicados en el territorio.

b) El alcalde del municipio donde se ubique el hospital o Dirección Territorial de Atención Primaria, o concejal en quien delegue.

c) Una representación, si procede, de los alcaldes de los municipios cuya población esté adscrita al hospital o a la Dirección Territorial de Atención Primaria.

d) Un representante designado por la Dirección General competente en materia de Salud Pública, que desempeñe su función en el ámbito geográfico del Consejo Territorial de Salud.

e) Un representante designado por órgano competente en materia de Coordinación de Salud Mental, que desempeñe su función en el ámbito geográfico del Consejo Territorial de Salud.

f) Un representante de la Consejería competente en materia de políticas sociales, que desempeñe su función en el ámbito geográfico del Consejo Territorial de Salud.

g) En representación de la sociedad: dos representantes designados entre las organizaciones sindicales con mayor implantación en la Comunidad de Madrid; dos representantes de las organizaciones empresariales con mayor implantación en la Comunidad de Madrid; dos representantes del movimiento asociativo vecinal designados por la Federación Regional de Asociaciones Vecinales de Madrid y dos representantes de las organizaciones de pacientes designados por consenso entre ellas.

h) Actuará como secretario el que lo sea de la Comisión de Dirección de la Dirección Territorial, que asistirá a las reuniones con voz pero sin voto.

3. La composición de la Comisión de Coordinación los Consejos Territoriales de Salud estará integrada por:

a) El director territorial de atención primaria y los directores gerentes del hospital u hospitales ubicados en el territorio.

b) Un representante designado por la Dirección General competente en materia de Salud Pública, que desempeñe su función en el ámbito geográfico del Consejo Territorial de Salud.

c) Un representante designado por órgano competente en materia de Coordinación de Salud Mental, que desempeñe su función en el ámbito geográfico del Consejo Territorial de Salud.

d) Un representante de la Consejería competente en materia de políticas sociales, que desempeñe su función en el ámbito geográfico del Consejo Territorial de Salud.

e) Un representante de la Consejería competente en materia de Sanidad.

Artículo 18. *Funciones del Pleno de los Consejos Territoriales de Salud.*

Son funciones del Pleno de los Consejos Territoriales de Salud las siguientes:

a) Conocer e informar sobre los planes y previsiones existentes para la atención sanitaria y para las organizaciones sanitarias existentes en el ámbito de actuación de la Dirección Territorial de Atención Primaria, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección correspondientes.

b) Proponer medidas a desarrollar en las organizaciones sanitarias del ámbito de actuación de la Dirección Territorial de Atención Primaria para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades.

c) Promover la participación comunitaria en el ámbito de actuación de la Dirección Territorial de Atención Primaria.

d) Conocer e informar las Memorias anuales de las organizaciones sanitarias del ámbito de actuación de la Dirección Territorial de Atención Primaria.

Artículo 19. *Funciones de la Comisión de Coordinación de los Consejos Territoriales de Salud.*

Son funciones de la Comisión de Coordinación de los Consejos Territoriales de Salud coordinar, acoger e informar las demandas e inquietudes planteadas en el ámbito de actuación de las Direcciones Territoriales de Atención Primaria sobre:

a) Salud pública.

b) Los determinantes sociales de la salud.

c) Los indicadores asistenciales, incluida la lista de espera quirúrgica, de consultas externas y de pruebas diagnósticas de todos los dispositivos referidos a la Dirección Territorial de Atención Primaria.

d) La coordinación de los diferentes niveles asistenciales así como de los diversos dispositivos socio-sanitarios.

e) La adecuación de las necesidades en salud con los objetivos de las organizaciones existentes en el ámbito de actuación de la Dirección Territorial de Atención Primaria.

f) La ejecución presupuestaria, independientemente de la función interventora y fiscalizadora que corresponda a la Administración.

CAPÍTULO IV

Instrumentos de buen gobierno

Artículo 20. *Transparencia y acceso a la información.*

1. Los directivos y órganos regulados en la presente Ley que desempeñen su labor en el Servicio Madrileño de Salud, actuarán con transparencia y objetividad en el ejercicio de sus funciones, de conformidad con lo regulado, con carácter general, en la normativa vigente en esta materia.

2. Las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud deberán ofrecer de forma fidedigna y completa información a la ciudadanía sobre los procedimientos, informes, estudios y razones de sus decisiones. Se publicarán en la página web institucional correspondiente el contenido básico de las actas de la Junta de Gobierno, Comisión de Dirección, Junta Técnica Asistencia y Consejo Territorial de Salud, con respeto en todo caso a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

3. Será objeto de publicidad activa en formato reutilizable por los usuarios:

a) La información institucional de la organización: estructura organizativa, Reglamento de Régimen Interior y otras normas internas que se establezcan reglamentariamente; equipo directivo y responsables de unidades, incluyendo información de nombres y datos de contacto en su condición de empleados públicos.

b) La información relativa a actividad, indicadores de calidad asistencial y listas de espera.

c) Información sobre la cartera de servicios.

d) Información económica, presupuestaria y de recursos humanos.

e) Información sobre la contratación pública.

f) Bases de datos y sistemas de información.

g) Información sobre publicaciones de la organización.

h) Información sobre el derecho de acceso a la información: cómo solicitarla y contacto de la persona responsable en cada organización.

Artículo 21. *Medidas sobre trasparencia, ética y buen gobierno del Servicio Madrileño de Salud.*

Además de la normativa vigente sobre transparencia, se aprobará un Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud, con el objetivo de impulsar una Administración pública sanitaria que preste unos servicios públicos de calidad y desarrolle modelos de actuación comprometidos y responsables, llevando a cabo las mejores prácticas como mecanismos para reforzar la confianza entre la ciudadanía y el sistema sanitario.

Artículo 22. *Compromisos del Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno de la Sanidad Pública Madrileña.*

El Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud deberá cumplir con las siguientes actuaciones:

a) Responder con calidad, efectividad y eficiencia a las necesidades y demandas de ciudadanos y pacientes.

b) Promover mecanismos que permitan a las organizaciones dependientes del Servicio Madrileño de Salud disponer de toda la autonomía necesaria para el cumplimiento de su misión.

c) Establecer normas de transparencia para el acceso de todos a la información sobre la sanidad pública madrileña.

d) Propiciar las buenas prácticas en la organización y funcionamiento interno de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud y adoptar procedimientos para que la toma de decisiones, a todos los niveles de la sanidad pública, esté bien informada y sea transparente.

e) Profesionalizar la función directiva y gestora para que sea más eficaz, y cuente con mayor legitimidad y autoridad, seleccionando y nombrando a los cargos mediante procedimientos en los que exista concurrencia pública. Este principio será de aplicación a la selección de jefaturas médicas, jefaturas de enfermería y jefaturas de gestión y servicios generales.

f) Evaluar los resultados obtenidos de la actividad encomendada y la rendición de cuentas.

g) Implicar a los profesionales sanitarios en la buena práctica clínica que contribuye a la sostenibilidad de la sanidad pública.

h) Promover normas de conducta que eviten los conflictos de interés y prevengan el fraude y la corrupción, permitan su detección y ofrezcan una protección real a los denunciantes de dichas prácticas, todo ello para ofrecer a la sociedad garantías de transparencia, integridad y buenas prácticas.

i) Incluir el régimen legal de responsabilidad jurídica ante conductas de obstrucción a los derechos de acceso a la información pública.

CAPÍTULO V

Autonomía de gestión y capacidad de innovación

Artículo 23. *Autonomía de gestión.*

1. Las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud reguladas por la presente Ley actuarán bajo el principio de autonomía de gestión, dentro del marco normativo general aprobado por la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud.

2. La autonomía de gestión, que se ejercerá conforme a las características que le sean propias a cada organización, se concretará en los siguientes aspectos:

a) Desarrollo de su estructura organizativa.

b) Desarrollo y gestión de los planes de calidad total del centro.

c) Elaboración y aplicación de las normas internas de funcionamiento.

d) Gestión de sus recursos económicos, orientada al cumplimiento de los objetivos de actividad y calidad.

e) Gestión de los recursos humanos.

3. Para lo dispuesto en los apartados anteriores se dotará reglamentariamente a las organizaciones del nivel de autonomía de gestión necesario para el cumplimiento de su misión y objetivos. La autonomía de gestión de las organizaciones sanitarias se entenderá y ejercerá en marco del presupuesto aprobado y del Contrato Programa firmado.

Artículo 24. *Contrato Programa de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud.*

1. Con el objeto de avanzar en la autonomía de gestión la elaboración del Contrato Programa de las organizaciones sanitarias, de acuerdo con el presupuesto, deberá permitir que la descentralización de la gestión se fundamente en una rendición de cuentas integrada que vincule financiación, recursos, actividad, calidad y resultados.

2. En el supuesto de que se produzca una minoración presupuestaria en relación con el gasto ejecutado en el ejercicio anterior, el Contrato Programa deberá incluir cambios explícitos congruentes en términos de los recursos, actividad y resultados, todo ello atendiendo al criterio de suficiencia presupuestaria. Cuando las circunstancias sanitarias determinen la conveniencia de cualquier cambio sobrevenido en el Contrato Programa que implique obligaciones de carácter económico, dicho cambio deberá acompañarse de las modificaciones presupuestarias correspondientes.

3. En aplicación del principio de descentralización, el Contrato Programa se desplegará internamente en acuerdos de gestión con las áreas, institutos, servicios o unidades en las

que la organización sanitaria esté internamente constituida, de modo que la combinación de dichos acuerdos sea congruente y sustente el conjunto del Contrato Programa.

4. Es responsabilidad de la Junta de Gobierno exigir a la Dirección Gerencia una rendición de cuentas que vincule el Contrato Programa a la ejecución presupuestaria, lo cual deberá ser también garantizado por la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud.

5. A efectos de aportar mayor sostenibilidad y anticipación a la gestión sanitaria, los contratos programa se elaborarán de forma plurianual, adaptando al inicio de cada año la anualidad en curso a las asignaciones presupuestarias finalmente establecidas en el nuevo presupuesto o incorporadas de ejercicios anteriores.

6. El cumplimiento del Contrato Programa se hará a través de un cuadro de mando con indicadores relativos a cada una de las dimensiones y objetivos establecidos, y con la desagregación hasta el nivel de unidades. El mencionado cuadro de mandos mostrará los objetivos previstos y el avance o desviaciones producidas, y será público y accesible en la web. El control de gestión se hará trimestralmente.

Artículo 25. *Capacidad de innovación.*

1. Para hacer posible mejoras en la organización de los servicios sanitarios que promuevan mayor eficiencia o calidad asistencial la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud y la Consejería competente en materia de Sanidad podrán impulsar, o en su caso autorizar, experiencias piloto, nuevas formas de organización de los servicios clínicos e innovaciones que afecten a una o varias organizaciones sanitarias.

2. Estas experiencias piloto habrán de incluir obligatoriamente en su normativa de creación mecanismos de evaluación así como plazo de duración.

Disposición adicional primera. *Acceso y formación de los profesionales de gestión y servicios.*

En un plazo máximo de un año el Gobierno desarrollará un sistema de acceso a estas áreas de la función administrativa y gestora de las organizaciones sanitarias que incluya procesos selectivos seguidos de un período reglado de formación, también selectivo.

Disposición adicional segunda. *Reconocimiento de méritos en el desempeño de funciones directivas y de gestión clínica por el personal sanitario.*

De conformidad con lo establecido en el artículo 10, apartados 2 y 4, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, el desempeño de funciones directivas y de gestión clínica por parte del personal sanitario será objeto del oportuno reconocimiento por parte del Servicio Madrileño de Salud incluirá, entre otras, el desempeño de puestos de alta dirección en la red del Servicio Madrileño de Salud, la dirección funcional de los centros sanitarios, y la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales.

Igualmente se reconocerá la participación en comisiones asesoras, técnicas o de mejora de la calidad asistencial y de cuidados en la red del Servicio Madrileño de Salud.

Disposición transitoria.

La aprobación de la presente Ley y de las normas reglamentarias que la desarrollen no modificará los nombramientos de los directivos existentes en las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud. Una vez constituidas las Juntas de Gobierno, estas serán competentes para evaluar su desempeño en el plazo de un año.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradiga o resulten incompatibles con lo establecido en la presente Ley y, expresamente, el Decreto 72/1989, de 22 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Organización Básica y funcionamiento de los centros hospitalarios dependientes del Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid.

Disposición final primera. *Desarrollo normativo.*

Se autoriza al Consejo de Gobierno para dictar, en el plazo máximo de un año, cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

Disposición final segunda. *Habilitación presupuestaria.*

Se autoriza al titular de la consejería competente en materia de Hacienda y Presupuestos a realizar las modificaciones presupuestarias y las adaptaciones técnicas sobre el presupuesto que sean precisas para la ejecución de la presente Ley.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid».

§ 45

Ley 7/2018, de 26 de diciembre, de Atencion a la Salud Bucodental y de creacion del Programa de Atencion Dental Infantil - Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid
«BOCM» núm. 309, de 28 de diciembre de 2018
«BOE» núm. 74, de 27 de marzo de 2019
Última modificación: 26 de diciembre de 2024
Referencia: BOE-A-2019-4452

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Hago saber que la Asamblea de Madrid ha aprobado la siguiente Ley, que yo, en nombre del Rey promulgo.

PREÁMBULO

La salud bucodental es una parte integral y esencial de la salud que afecta directamente a la calidad de vida, tanto por su relación con funciones fisiológicas de gran importancia, como por su impacto psicosocial.

La carga de enfermedad de las afecciones bucodentales, singularmente la caries y la enfermedad periodontal, es de gran relevancia y ello a pesar de que su prevención se ha mostrado extraordinariamente efectiva, como lo adveran los resultados de programas de salud pública dental implementados en otras Comunidades Autónomas. En este sentido, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, desarrolla en su punto 9 del Anexo II la cobertura en «Atención a la Salud Bucodental» con un contenido que, pese a que se circunscribe a la atención exclusiva a los procesos agudos para adultos, también contempla, con destino a la población infantil Programas de Atención Dental Infantil (PADI) que han venido siendo implementados desde principios de los años 90 en algunas otras Comunidades Autónomas.

Mediante la presente Ley, la Comunidad de Madrid acomete una política activa de prevención, promoción y atención a la salud bucodental de la población y ello con la finalidad de reducir la carga de enfermedad dental de las generaciones futuras con un Programa de Atención Dental Infantil (PADI). La Ley también contempla la prestación de servicios que implique un nivel adecuado de atención dental a los grupos con necesidades especiales médicas y/o socioeconómicas, que disminuya las desigualdades sociales en salud oral. Al mismo tiempo dispone la organización necesaria para velar por la seguridad y calidad de los servicios bucodentales en la Comunidad de Madrid.

La presente Ley consta de cinco capítulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales.

El Capítulo primero, relativo a las disposiciones generales, regula el objeto y ámbito de aplicación de la Ley así como las definiciones de los conceptos asistenciales en materia de salud bucodental. También dispone la vigilancia y el seguimiento de la salud bucodental de la población, creando un sistema de información que ha de incluir tanto encuestas poblacionales periódicas como datos de los recursos públicos y privados existentes, de su actividad y calidad, integrando esta información en el sistema general de información sanitaria de la Comunidad de Madrid.

El Capítulo II se ocupa del Programa de Atención Dental Infantil de la Comunidad de Madrid (PADI-Comunidad de Madrid) y en él se determina la población infantil cubierta, los servicios incluidos, tanto de prestación pública directa como concertada, la habilitación y requisitos exigidos a los médicos odontólogos y estomatólogos para formar parte del Programa y la forma de retribución para los profesionales concertados, a través de un sistema capitativo. Se subraya la libre elección de dentista personal.

Este Capítulo también regula la forma de gestión del PADI, que podrá ser directa por el personal estatutario de las Unidades de Salud Bucodental dependientes del Servicio Madrileño de Salud, que la Ley potencia y refuerza al tiempo que contempla convocatorias para la provisión de puestos de trabajo de personal estatutario en estas Unidades.

Sin perjuicio de ello, y con la finalidad de implementar con la mayor celeridad posible el Programa, se regula también la gestión indirecta del mismo a través de la figura del concierto sanitario mediante convocatoria pública a la que pueden concurrir los profesionales que sean médicos odontólogos o estomatólogos y cumplan los requisitos previstos en el articulado de la Ley. Todo ello en virtud de los Considerandos 54 Directiva 23/2014, 114 Directiva 24/2014 y 120 Directiva 25/2014, conforme a los cuales «los Estados miembros siguen teniendo libertad para prestar por sí mismos los servicios a las personas (sociales, sanitarios, educativos, etc.) u organizar los servicios sociales de manera que no sea necesario celebrar contratos públicos, por ejemplo, mediante la simple financiación de estos servicios o el otorgamiento de licencias o autorizaciones a todos los operadores económicos que cumplan unas condiciones establecidas de antemano, sin imponer límites o cuotas y siempre que se garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación».

Es especialmente destacable la regulación de la figura del dentista personal de cada niño como sujeto responsable del seguimiento de la atención dental del menor durante todo el tiempo en que le corresponda estar incorporado al PADI. Es una decisión esencial en la Ley, ya que impone, por un lado, una obligación de permanencia en el Programa a los profesionales tanto si son personal estatutario de las Unidades de Salud Bucodental como si son profesionales que se han incorporado al PADI por la vía del concierto y, por otro lado, garantiza un seguimiento personalizado y continuo de cada uno de los niños dentro del Programa.

El Capítulo II regula asimismo la colaboración de la Consejería competente en materia de Educación para la implantación del Programa y la necesaria coordinación asistencial entre atención primaria y atención especializada a través de anotación en la historia clínica sobre si el menor recibe la asistencia del PADI.

El Capítulo III dispone la creación y regulación de la Oficina Dental Comunitaria, como órgano de monitorización de la salud bucodental de la población madrileña y garante de una correcta prestación de asistencia tanto en lo relativo a la atención bucodental como en lo relativo a las instalaciones, las buenas prácticas y la seguridad de los pacientes, incluyendo la vigilancia sobre la publicidad y propaganda comerciales en el ámbito de la salud bucodental.

El Capítulo IV crea y regula el Consejo Asesor Dental, que se concibe como órgano consultivo e impulsor de la política de salud bucodental en la Comunidad de Madrid.

El Capítulo V regula el régimen sancionador e incluye, de forma preceptiva, para aquellos profesionales que incumplan las condiciones de prestación del PADI y por diferentes periodos de tiempo, dependiendo de la gravedad del incumplimiento, la exclusión del sistema de concierto.

Las disposiciones adicionales estipulan la adopción de medidas para la difusión de la Ley y para su evaluación.

Las disposiciones finales regulan el desarrollo normativo de la Ley así como la entrada en vigor.

La Asamblea de Madrid aprueba esta Ley en el ejercicio de la competencia para la organización, régimen y funcionamiento de sus instituciones de autogobierno, que le atribuye el artículo 26.1.1 de su Estatuto de Autonomía y de la competencia de desarrollo legislativo de la legislación básica del Estado en materia de Sanidad, de conformidad con lo establecido en el artículo 27, apartados 4 y 5, del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero y según redacción dada a dicho precepto por la Ley Orgánica 5/1998, de 7 de julio.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

La presente Ley tiene como objeto regular todas las actividades relacionadas con la salud bucodental en el ámbito territorial de Comunidad de Madrid para prevenir enfermedades y proteger y promover la salud oral de la población de la Comunidad; dar un nuevo impulso y reorganizar los servicios de atención bucodental del Servicio Madrileño de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado h) del artículo 16 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y garantizar la seguridad y calidad de la atención dental en el ámbito privado, con una regulación que defina y proteja eficazmente los derechos de los ciudadanos en relación con los mismos.

Artículo 2. *Fines.*

La presente Ley tiene como fines:

1. Establecer y, en su caso, reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica de la salud oral y los sistemas estadísticos que permitan conocer los recursos dentales públicos y privados, así como su actividad y desempeño, de modo que sea posible planificar, diseñar, implantar y evaluar políticas de salud pública oral, así como orientar el ejercicio de la autoridad sanitaria en esta materia.

2. Crear el Programa de Atención Dental Infantil (PADI-Comunidad de Madrid) para los niños de 7 a 16 años.

3. Potenciar, reforzar y reorganizar los servicios de salud bucodental del Servicio Madrileño de Salud para responder más efectivamente a las necesidades de la población y favorecer su acceso tanto a las prestaciones previstas en la presente ley, como a las prestaciones de salud bucodental que recoge el punto 9 del Anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, así como para proveer atención en esta materia a las personas con especiales necesidades sanitarias de atención dental y a las personas sin recursos.

4. Actualizar la regulación y crear e implantar los instrumentos de monitorización de las instalaciones y las actividades privadas relacionadas con la salud bucodental en la Comunidad de Madrid de modo que queden garantizadas la seguridad, calidad, buenas prácticas, así como los derechos de pacientes y ciudadanos en relación con todo tipo de servicios dentales.

5. Dotar al Servicio Madrileño de Salud de una Oficina de Salud Dental Comunitaria con la misión de cumplir las funciones que en virtud de esta Ley asume la Comunidad de Madrid en relación con la salud bucodental y la actividad relacionada con la misma.

6. Crear el Consejo Asesor de Salud Bucodental de la Comunidad de Madrid.

Artículo 3. *Ámbito de aplicación.*

La presente Ley es de aplicación en ámbito territorial de la Comunidad de Madrid a:

1. Las personas que como pacientes tengan relación con los servicios de salud bucodental y tengan su residencia habitual en la Comunidad de Madrid.

2. Las profesiones, los profesionales y cualesquiera otros trabajadores de los servicios de salud bucodental, tanto del sector público como del privado.

3. Las clínicas dentales, entidades aseguradoras, establecimientos, empresas e industrias cuya actividad incida directa o indirectamente con la salud bucodental y sea ejercida en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

Artículo 4. *De los principios informadores.*

Son principios informadores de esta Ley:

1. Considerar la salud bucodental como parte integral de la salud de las personas.

2. Reducir la mortalidad y morbilidad derivada de las enfermedades orales, especialmente en la infancia.

3. Reducir las desigualdades en salud oral entre la población.

4. Minimizar el impacto de las enfermedades de origen oral en la salud general y el desarrollo psicosocial, enfatizando la promoción de la salud oral.

5. Facilitar la planificación de los recursos y actividades necesarios para su consecución.

6. Evaluar las actuaciones sanitarias desarrolladas en ámbito de la salud oral.

7. Proteger y garantizar los derechos de los ciudadanos en relación con el acceso, calidad y seguridad de la atención bucodental, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 5. *De la vigilancia y seguimiento de la salud bucodental de la población y de la práctica de la actividad odontológica en la Comunidad de Madrid.*

1. El Gobierno de la Comunidad de Madrid incluirá sistemáticamente los datos relacionados con la salud bucodental como un apartado más de todos los informes oficiales relacionados con la salud y los servicios sanitarios públicos y privados de la Comunidad por ser la salud oral parte integrante de la salud de las personas.

Los datos e indicadores de salud bucodental serán incluidos en los informes de salud de la población madrileña, en las Memorias y en las estadísticas relativas a los recursos sanitarios materiales y humanos, tanto públicos como privados, sobre su actividad, calidad, accesibilidad, equidad y eficiencia.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid incluirá en el cuadro de mandos integral de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (e-SOAP), los indicadores y datos necesarios para la adecuada ejecución, desarrollo y monitorización del PADI.

2. La Comunidad de Madrid pondrá en marcha una base de datos en la que consten todas clínicas y centros de servicios bucodentales autorizados en la Comunidad de Madrid con, al menos, los siguientes datos:

a) Identificación de sus propietarios.

b) Nombre y cualificación profesional de los médicos estomatólogos y odontólogos que desarrollan su trabajo en las mismas.

c) Nombre y datos de la titulación de su responsable profesional.

d) Horario de apertura.

Esta base de datos será de acceso público a través de Internet.

3. Para planificar adecuadamente los servicios, el Gobierno de la Comunidad de Madrid realizará y publicará cada cinco años una encuesta epidemiológica, según metodología de la Organización Mundial de la Salud, para conocer el estado de salud bucodental, las necesidades de tratamiento de la población de la Comunidad y el impacto de la presente Ley y otras políticas públicas con repercusión en la salud oral de la población.

CAPÍTULO II

Programa de Atención Dental Infantil de la Comunidad de Madrid (PADI-Comunidad de Madrid)

Artículo 6. *Población infantil cubierta por el PADI-Comunidad de Madrid.*

1. El Servicio Madrileño de Salud, a través del PADI, garantizará la asistencia dental básica, a todos los niños, residentes en la Comunidad de Madrid, de 7 a 16 años.

2. La extensión del PADI a toda la población incluida en el párrafo anterior se realizará de forma incremental, por cohortes de edad desde el año en que cumplan 7 años. La última cohorte tendrá lugar el 31 de diciembre del año en que cumplan 16 años, sin perjuicio de su posibilidad de ampliación hasta los 18 años.

> Téngase en cuenta que el Gobierno podrá modificar la progresión incremental de carácter anual, mediante disposición publicada únicamente en el BOCM, según se establece en la disposición final 1.2 de la presente ley.

3. Todos los niños comprendidos en los apartados anteriores tendrán un dentista personal de referencia, como responsable del mantenimiento de un estado óptimo de su salud bucodental.

4. Todos los niños comprendidos en los apartados anteriores podrán consultar acerca de la aplicación del PADI en su caso particular en los Servicios de Salud Bucodental del Servicio Madrileño de Salud. A estos efectos, se potenciarán dentro del Servicio Madrileño de Salud los Servicios de Salud Bucodental en los términos expuestos en el artículo 2.3 de la presente Ley.

Artículo 7. *Servicios incluidos en el PADI-Comunidad de Madrid.*

1. La asistencia dental básica del PADI consistirá en:

a) Una revisión anual obligatoria cuyo contenido mínimo se especifica en el punto 2 de este artículo y cuyo protocolo y evaluación será realizado por la Oficina Dental Comunitaria.

b) Asistencia y atención para cualquier urgencia bucodental, cuantas veces lo necesiten, recibiendo el cuidado y tratamiento necesario en toda la dentición permanente, mediante la realización de los procedimientos diagnósticos, preventivos y terapéuticos que se estimen, de forma programada mediante valoración en cada cita.

c) Tratamientos especiales a causa de malformaciones, traumatismos del grupo inciso-canino y de patologías en la dentición temporal con repercusión severa en la dentición permanente. Estos tratamientos requerirán para su pago por ítem la conformidad expresa e individualizada de la Oficina Dental Comunitaria, quedando excluidos del PADI los tratamientos de ortodoncia.

d) Atención dental para casos especiales de niños cuyas discapacidades físicas o psíquicas, u otras causas, tengan incidencia en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral y/o su tratamiento. Estos niños serán atendidos tomando en consideración la especificidad de su situación de acuerdo con las disposiciones especiales que al efecto establezca la Oficina Dental Comunitaria.

2. Los servicios específicos a los que tendrán derecho los niños incluidos en el PADI consistirán en:

a) Un reconocimiento anual de la cavidad bucal que comprenda:

1.º Exploración de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral.

2.º Reconocimiento minucioso y detallado de la dentición permanente, utilizando espejo plano y sonda periodontal si se precisara, incluyendo todas las fosas y fisuras existentes en el esmalte. En caso de duda razonable se realizará una exploración radiológica intraoral, previa conformidad de los padres o tutores.

b) Sellado de fosas y fisuras.

1.º Se realizará el sellado de las fosas y fisuras, en los molares 1.6, 2.6, 3.6 y 4.6, en todos los casos en que se detectare que el niño haya padecido caries en dentición temporal.

2.º Asimismo, se realizará sellado de fosas y fisuras de los molares permanentes con menos de 4 años transcurridos desde su erupción, en los casos que se detectare caries en algún diente permanente.

3.º Del mismo modo se realizará sellado de las fosas y fisuras de piezas dentarias permanentes cuando, a criterio del profesional, las características individuales de riesgo del diente del niño así lo aconsejen.

c) Obturaciones: Si se detectare caries en un diente permanente, el dentista evaluará su estadío y velocidad de progresión. En caso de que, a criterio del profesional, la lesión tenga posibilidad de remineralizarse y detenerse, se proporcionarán al paciente y a los responsables del mismo, los conocimientos necesarios para desarrollar conductas adecuadas encaminadas a la estabilización de la lesión y se le citará a revisión para reevaluar la situación con la frecuencia que se estime necesaria. En caso de que se considere irreversible la lesión, el profesional procederá a obturarla con materiales permanentes adecuados.

d) Tratamientos pulpares y extracciones: En los casos de lesiones pulpares irreversibles en dientes permanentes, el dentista podrá optar entre realizar el tratamiento pulpar o extraer el diente afectado. La decisión deberá basarse en lo que estime como el mayor beneficio para el niño.

e) Tratamiento de cualquier tipo de urgencia dental.

3. Quedan excluidos de la cobertura del PADI los tratamientos especiales siguientes:

a) Los tratamientos de ortodoncia.

b) Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.

c) Exodoncias de piezas sanas.

d) Los implantes dentarios, excepto para pacientes con procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral y pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia.

e) Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas en esta norma.

4. El PADI atenderá igualmente los tratamientos especiales del grupo inciso-canino debidos a traumatismos o malformaciones y la atención a patologías en la dentición temporal con repercusión severa en la dentición permanente. En estos casos, el abono de la facturación resultante requerirá la conformidad previa de la Oficina Dental Comunitaria.

Artículo 8. *Regímenes especiales para la prestación de servicios del PADI-Comunidad de Madrid.*

1. Los niños con discapacidad que incida en su patología oral o en su tratamiento, serán atendidos de conformidad con las disposiciones especiales que establezca la Oficina Dental Comunitaria del Servicio Madrileño de Salud, en función de la especificidad de cada situación.

2. La Oficina Dental Comunitaria determinará un protocolo específico para los niños que, por provenir de otra Comunidad Autónoma, o por desconocimiento, o por cualquier otra razón, se incorporen al PADI con más de 7 años de edad.

3. Las mujeres embarazadas o con hijos a cargo, beneficiarias de una medida de protección en centros maternales por su condición social de especial necesidad, serán atendidas por la Oficina Dental Comunitaria hasta su mayoría de edad.

Artículo 9. *Provisión de los servicios de atención dental incluidos en el PADI-Comunidad de Madrid.*

1. La provisión de los servicios de atención dental incluidos en el PADI podrá realizarse tanto por el dispositivo propio del Servicio Madrileño de Salud en sus Unidades de Salud Bucodental, como por profesionales médicos estomatólogos y odontólogos con ejercicio privado en la Comunidad de Madrid, habilitados expresamente para el PADI por concierto con el mismo.

2. Los profesionales de ejercicio privado que presten sus servicios al PADI serán retribuidos capitativamente, según se determine reglamentariamente, de conformidad con lo establecido en el artículo 13 de esta Ley.

3. Los profesionales médicos estomatólogos u odontólogos que presenten sus servicios al PADI, son personalmente responsables de los tratamientos y del mantenimiento de un estado óptimo de la salud bucodental de cada uno de los niños cuya atención tengan encomendada.

4. Las exigencias de seguridad, calidad, buen servicio y cumplimiento de estándares serán idénticas en todo el PADI. Se garantiza la igualdad en la asistencia sanitaria bucodental con independencia de la procedencia de los pacientes y en todas las modalidades asistenciales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

5. En ningún caso existirá discriminación en la asistencia prestada a los menores por razón de su cultura, etnia, creencias, valores ni por cualquier otra condición o circunstancia.

Artículo 10. *Provisión de puestos de trabajo en las Unidades de Salud Bucodental y concertación de médicos estomatólogos y odontólogos para el PADI-Comunidad de Madrid.*

1. Para dar plena efectividad a la cobertura universal de la población infantil de la Comunidad de Madrid indicada en el artículo 6 de esta Ley, el Servicio Madrileño de Salud, se proveerá de los médicos estomatólogos u odontólogos precisos, bien directamente mediante provisión de puestos de trabajo como personal estatutario en las Unidades de Salud Bucodental, bien mediante la realización de conciertos sanitarios con médicos estomatólogos u odontólogos que reúnan los requisitos establecidos en la presente Ley y en su desarrollo reglamentario.

2. Anualmente el Servicio Madrileño de Salud realizará una estimación del número de profesionales necesarios para la cobertura del programa y, en función de los resultados, realizará una convocatoria para que los médicos estomatólogos u odontólogos, con ejercicio profesional en la Comunidad de Madrid, puedan solicitar su participación en las convocatorias de concierto para la realización de los servicios de cobertura dental dispuestos en la presente Ley. Los profesionales que participen en el programa en la modalidad de concierto en ningún caso podrán acceder a la condición de personal estatutario, sino de acuerdo con los procedimientos de ingreso establecidos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Artículo 11. *Requisitos y obligaciones para concurrir las convocatorias provisión de puestos de trabajo en las Unidades de Salud Bucodental y de concertación de médicos estomatólogos u odontólogos.*

1. Los profesionales médicos estomatólogos u odontólogos, que deseen ser seleccionados como personal estatutario en las Unidades de Salud Bucodental o participar en los conciertos convocados por el Servicio Madrileño de Salud para la cobertura asistencial dental establecida en la presente Ley, deberán:

a) Estar dados de alta en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM).

b) Justificar la adecuación de las consultas a las condiciones que al efecto determine el Servicio Madrileño de Salud a través de la Oficina Dental Comunitaria. La atención a los menores beneficiarios del programa se efectuará en las consultas reseñadas en el concierto.

c) Garantizar, salvo fuerza mayor, la continuidad asistencial del mismo dentista personal durante todo el periodo que el niño tenga derecho a su participación en el programa, comunicando los cambios que hubiera a la Oficina Dental Comunitaria.

2. Las exigencias de seguridad, calidad, buen servicio y cumplimiento de estándares serán idénticas en todo el PADI, con independencia del prestador de los servicios.

3. Los profesionales concertados deberán:

a) Asistir a los cursos de actualización que se determinen por la Oficina Dental Comunitaria.

b) Cumplir las instrucciones y circulares que imparta el Servicio Madrileño de Salud, a través de la Oficina Dental Comunitaria, destinadas al PADI.

c) Comunicar a la Oficina Dental Comunitaria el estado de salud bucodental de los pacientes incluidos en el PADI, comprensivo de los diagnósticos y de las técnicas y procedimientos realizados.

4. Serán de obligado cumplimiento todas aquellas otras condiciones que vengan establecidas expresamente en el concierto firmado con el Servicio Madrileño de Salud para la prestación de estos servicios.

Artículo 12. *Libre elección del dentista personal.*

1. Los padres, tutores o responsables de los niños a los que se extiende el ámbito subjetivo de aplicación del programa podrán elegir libremente a un dentista entre cualquiera de los profesionales tanto del Servicio Madrileño de Salud como de los concertados para el PADI.

2. Una vez confeccionada una lista comprensiva tanto de los profesionales del Servicio Madrileño de Salud como de los concertados, el Servicio Madrileño de Salud dará publicidad a la misma para que los usuarios puedan proceder a la elección del profesional que estimen oportuno para que ejerza como dentista personal del menor. Hecha la elección, ante circunstancias sobrevenidas y de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca, los padres, tutores o responsables del niño con derecho a esta asistencia podrán solicitar del Servicio Madrileño de Salud, a través de la Oficina Dental Comunitaria, el cambio del dentista personal.

3. Los médicos estomatólogos u odontólogos, podrán rehusar, mediante causa justificada, que ha de ser valorada y aceptada por la Oficina Dental Comunitaria, la incorporación o el seguimiento de algún niño. En dicho supuesto perderá la capitación correspondiente al mismo.

4. Sin perjuicio de lo establecido en los apartados anteriores y salvo causa de fuerza mayor, una vez establecida la relación entre dentista personal y paciente, la misma deberá poder extenderse durante todo el tiempo de la cobertura a la que la edad del menor le dé derecho.

Artículo 13. *Retribución del servicio a los profesionales concertados para el PADI-Comunidad de Madrid.*

1. Los profesionales que presten servicios para el PADI serán retribuidos mediante sistema capitativo para la cobertura de la asistencia prevista en el artículo 7.1 y 7.2, y por los tratamientos efectuados, en los casos previstos en el artículo 7.3. Excepcionalmente, para los casos previstos en el artículo 7.3, podrán suscribirse acuerdos especiales para la atención de situaciones individualizadas.

2. La cantidad a abonar en el sistema capitativo, así como el baremo de honorarios a abonar por los tratamientos necesarios del grupo inciso-canino se determinarán mediante Resolución de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud.

3. En los casos en que exista un tercero obligado al pago, se procederá igualmente el abono de honorarios por los tratamientos debidos a traumatismo, sin perjuicio de la obligación por parte del Servicio Madrileño de Salud de reclamar dicho pago al tercero obligado mediante el ejercicio de las acciones pertinentes.

Artículo 14. *Colaboración de la Consejería de Educación a los objetivos del PADI-Comunidad de Madrid.*

La Consejería de Educación, en coordinación con la Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud, adoptará las medidas precisas para que todos los centros escolares, tanto públicos como privados, colaboren en la implantación y seguimiento del PADI.

Artículo 15. *Atención integral a la salud del niño y coordinación asistencial.*

1. Puesto que la salud bucodental es una parte de la salud integral de la persona, los servicios de atención primaria y de atención especializada habilitarán en sus respectivas historias clínicas un apartado donde conste si el niño está recibiendo los servicios del PADI a los que tiene derecho.

2. Los profesionales que presten servicio a pacientes cubiertos por el PADI facilitarán a los pacientes que asistan un informe escrito detallando los diagnósticos y las técnicas y procedimientos realizados y lo comunicarán a la Oficina Dental Comunitaria.

CAPÍTULO III

Oficina Dental Comunitaria en el Servicio Madrileño de Salud

Artículo 16. *Oficina Dental Comunitaria en el Servicio Madrileño de Salud.*

1. El Gobierno de la Comunidad de Madrid creará una Oficina Dental Comunitaria integrada en el Servicio Madrileño de Salud con las siguientes funciones:

a) Conocer y monitorizar el estado de salud bucodental de la población de la Comunidad, siendo responsable de los sistemas de información de la misma a los que se refiere el artículo 5.

b) Planificar, ordenar, supervisar, evaluar y gestionar los servicios de salud bucodental responsabilidad del Servicio Madrileño de Salud, entre ellos el PADI y las Unidades de Salud Bucodental.

c) Garantizar servicios de atención dental a un nivel adecuado a los grupos de población con necesidades sanitarias o sociales especiales, según criterios sanitarios y económicos que reglamentariamente fijará el Gobierno para los colectivos, entre otros, de personas con ciertos tipos de enfermedades raras, personas con discapacidad, embarazadas y madres lactantes, y pacientes sin recursos, especialmente ancianos edéntulos.

d) Vigilar y velar por el cumplimiento de la normativa de las instalaciones y actividades relacionadas con la salud bucodental en la Comunidad de Madrid.

e) Velar para que la publicidad y propaganda comerciales en el ámbito de la salud bucodental se ajuste a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud y para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la misma, con especial atención a la protección de la salud de la población más vulnerable.

f) Velar por los derechos de pacientes y monitorizar la seguridad, la calidad y las buenas prácticas en la atención bucodental prestada en las Unidades de Salud Bucodental y en los servicios especializados dependientes del Servicio Madrileño de Salud, así como en las clínicas odontológicas privadas. Estas funciones incluirán el seguimiento de quejas y reclamaciones.

g) Ejercer la Secretaría del Consejo Asesor Dental de la Comunidad de Madrid.

h) Cualesquiera otras que se le asignen reglamentariamente.

2. Reglamentariamente se establecerá la adscripción y el nivel orgánico correspondiente a la Oficina Dental Comunitaria, no debiendo ser este, dadas sus responsabilidades, inferior a una Jefatura de Área.

3. La Oficina Dental Comunitaria tendrá un órgano profesional colegiado asesor, con funciones similares a las Juntas Técnico Asistenciales, que estará formado por médicos estomatólogos y odontólogos de las Unidades de Salud Bucodental, y cirujanos maxilofaciales del Servicio Madrileño de Salud. Su composición y funciones serán determinadas reglamentariamente.

Artículo 17. *El responsable de la Oficina Dental Comunitaria.*

En el nombramiento del Jefe de la Oficina Dental Comunitaria se aplicarán preceptivamente los criterios de profesionalización de la función directiva-gestora incluidos en la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. Por ello, su nombramiento será realizado con procedimientos reglados de selección, a través de convocatoria pública, de concurrencia competitiva entre profesionales con título de médico estomatólogo o de odontólogo, y tramitación y resolución transparentes del proceso de selección.

CAPÍTULO IV

El Consejo Asesor Dental

Artículo 18. *El Consejo Asesor Dental.*

1. Se crea el Consejo Asesor Dental de la Comunidad para orientar e informar todos los aspectos de la política de salud bucodental en la Comunidad de Madrid.

2. Son funciones del Consejo Asesor Dental:

a) Analizar la situación y necesidades de la salud bucodental de la población de la Comunidad de Madrid y efectuar recomendaciones y propuestas que contribuyan a mejorar la calidad, seguridad, efectividad, eficiencia y equidad de los servicios bucodentales de la Comunidad de Madrid, tanto públicos como privados.

b) Analizar y realizar propuestas sobre la seguridad, efectividad, calidad y eficiencia de las prácticas, los métodos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados en los servicios de salud bucodental de la Comunidad para contribuir al mejor uso de los recursos asistenciales e incorporación a éstos de los últimos avances científicos.

c) Revisar la literatura científico-profesional y las mejores prácticas de los servicios bucodentales internacionales y nacionales y difundir aquellas innovaciones exitosas que mejoren la salud bucodental en la Comunidad de Madrid.

d) Contribuir a la elaboración de directrices, protocolos y pautas comunes que ayuden a la mejor utilización, estandarización y evaluación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

e) Evaluar necesidades y prioridades en materia de formación de las profesiones dentales, así como realizar propuestas en relación con la misma.

f) Realizar análisis para el establecimiento de prioridades y planes de investigación básica, clínica, epidemiológica y de salud pública bucodental.

3. El Consejo Asesor Dental estará formado por profesionales del ámbito de la sanidad y la salud bucodental, quienes aportarán *ad honorem* sus conocimientos y experiencia a la mejora de la salud pública oral en la Comunidad de Madrid.

4. El presidente y los miembros del Consejo Asesor Dental serán nombrados por el titular de la Consejería de Sanidad, e incluirán:

a) Dos miembros del órgano profesional colegiado asesor de la Dental Comunitaria al que se refiere el artículo 16.3, de los cuales uno será su presidente.

b) Un representante propuesto por el Colegio Oficial de Estomatólogos y Odontólogos.

c) Un representante propuesto por las Facultades de Odontología de las Universidades públicas de la Comunidad de Madrid.

d) Un experto en legislación sanitaria.

e) Dos expertos en política y gestión sanitaria entre los propuestos por las sociedades científico-profesionales de estos ámbitos.

f) Tres expertos en salud pública dental de entre los propuestos por las sociedades científico-profesionales de este ámbito y los Departamentos de Salud Dental Comunitaria de las Facultades de Odontología de las Universidades públicas de la Comunidad de Madrid.

g) Un especialista en Cirugía Maxilofacial con categoría de jefe de Servicio en un hospital del Servicio Madrileño de Salud.

h) Dos pediatras entre los propuestos por las sociedades científico-profesionales de esta especialidad.

5. El Consejo Asesor Dental contará con el apoyo logístico y técnico de la Oficina Dental Comunitaria del Servicio Madrileño de Salud cuyo titular será su secretario.

CAPÍTULO V

Infracciones y sanciones

Artículo 19. *Régimen sancionador.*

1. Además de las previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, las infracciones contempladas en la presente Ley serán objeto de sanción administrativa, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. En los casos en que las infracciones pudieren ser constitutivas de delito se procederá conforme a lo establecido en el artículo 142 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

3. Son sujetos responsables de las infracciones, en la materia regulada por esta Ley, las personas físicas o jurídicas que, por acción u omisión, hubiesen participado en aquellas mediando dolo, culpa o negligencia.

4. Los órganos competentes para imponer las sanciones correspondientes serán los previstos en el artículo 146 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Artículo 20. *Infracciones.*

1. Son infracciones leves:

a) El incumplimiento de las instrucciones del Servicio Madrileño de Salud o de la Oficina Dental Comunitaria, siempre que no tengan efecto negativo alguno en la salud bucodental de ningún menor.

b) El incumplimiento de la emisión de informe escrito detallando los diagnósticos y las técnicas y procedimientos realizados su comunicación a la Oficina Dental Comunitaria.

c) El incumplimiento de cualquier obligación o la vulneración de cualquier prohibición de las previstas en esta Ley, siempre que no proceda su calificación como infracción grave o muy grave.

2. Son infracciones graves:

a) La pérdida sobrevenida de alguno de los requisitos para poder optar a la concurrencia en las convocatorias de provisión de puestos de personal estatutario o de conciertos, siempre que no tenga la consideración de infracción muy grave.

b) La obstaculización por cualquier medio a un menor para el acceso al programa.

c) La discriminación a cualquier paciente en el acceso al programa o en la realización de las prestaciones que lo integran.

d) La concurrencia de dos o más faltas leves.

e) La reincidencia en la comisión de una falta leve en un plazo de dos años.

3. Son infracciones muy graves:

a) El incumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 12, con ocultación del mismo en el momento de concurrir al procedimiento convocado para la realización de los conciertos del PADI.

b) El abandono del seguimiento de un menor antes de que concluya el periodo del programa a que tiene derecho si no es por causa de fuerza mayor o por causa justificada y aceptada por la Oficina Dental Comunitaria.

c) El incumplimiento de las instrucciones del Servicio Madrileño de Salud o de la Oficina Dental Comunitaria, si produce algún efecto negativo en la salud bucodental de un menor.

d) El incumplimiento de la obligación de comunicar a la Oficina Dental Comunitaria el estado de salud bucodental de los pacientes incluidos en el PADI así como los diagnósticos y las técnicas y procedimientos realizados, si dicha omisión produjere algún efecto negativo en la salud de un menor.

e) La concurrencia de dos o más faltas graves.

f) La reincidencia en la comisión de una falta grave en un plazo de cuatro años.

Artículo 21. *Sanciones.*

1. Las infracciones previstas en esta Ley serán objeto de las sanciones administrativas previstas en el artículo 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en el artículo 145 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

2. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, si las infracciones son cometidas por personal estatutario del Servicio Madrileño de Salud, se sancionarán conforme a lo previsto en el Capítulo XII de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, referente al régimen disciplinario, de acuerdo con la habilitación contenida en el artículo 72.5 de dicho Estatuto.

3. En el caso de que las infracciones fueren cometidas por profesionales con los que se hubiera suscrito un concierto, además de la sanción económica que corresponda, dichos profesionales quedarán excluidos del concierto suscrito así como de la posibilidad de concurrir en futuras convocatorias durante los plazos siguientes:

a) De seis meses a un año para las infracciones leves.
b) De uno a cinco años para las infracciones graves.
c) De cinco a diez años para las infracciones muy graves.

Disposición adicional primera. *Formularios y procedimientos.*

Los formularios de seguimiento de los niños y los mecanismos de control precisos para la implantación, desarrollo y evaluación de la cobertura bucodental prevista en la presente Ley se regularán mediante Resolución del Servicio Madrileño de Salud.

Disposición adicional segunda. *Evaluación de la Ley.*

La Consejería competente en materia de Sanidad elaborará y publicará, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la Ley, un informe tanto sobre el grado de implantación de la misma y de su impacto en la organización del Servicio Madrileño de Salud como sobre la atención de salud bucodental en la Comunidad de Madrid. Este informe se actualizará bianualmente, con el fin de permitir evaluar con regularidad la aplicación y efectos de la presente Ley.

Disposición adicional tercera. *Difusión de la Ley.*

La Consejería de Sanidad, en coordinación con la Consejería de Educación, habilitará los mecanismos oportunos, para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y educativos y entre la ciudadanía en general.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a la presente Ley.

Disposición final primera. *Desarrollo normativo.*

1. En el plazo de nueve meses, a contar desde la entrada en vigor de la Ley, el Consejo de Gobierno procederá a dictar un Decreto que adapte el marco normativo a las previsiones de esta Ley, de modo que el PADI-Comunidad de Madrid pueda estar operativo no más tarde del 1 de enero de 2020.

2. Se faculta al Consejo de Gobierno para que, en función de la evolución del PADI-Comunidad de Madrid, y de la existencia de dotación presupuestaria suficiente, pueda modificar la progresión incremental de carácter anual que establece el artículo 6.

3. Se faculta al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones precisas para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el 1 de enero de 2019.

§ 46

Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi

Comunidad Autónoma del País Vasco
«BOPV» núm. 138, de 21 de julio de 1997
«BOE» núm. 9, de 11 de enero de 2012
Última modificación: 12 de diciembre de 2023
Referencia: BOE-A-2012-415

Se hace saber a todos los ciudadanos/as de Euskadi que el Parlamento Vasco ha aprobado la siguiente Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La ley de Ordenación sanitaria de Euskadi constituye un instrumento fundamental para articular el compromiso que adquieren los poderes públicos vascos con la ciudadanía respecto al desarrollo y aplicación de un derecho tan relevante como el relacionado con la protección y el cuidado de la salud.

A través de esta ley se contribuye a completar una de las más importantes facetas del principio de legalidad en sus vertientes democrática y social, dotando a la Comunidad Autónoma de Euskadi de una organización y funcionamiento adecuados a nuestro modelo social.

Para ilustrar el comienzo de este preámbulo es conveniente reparar en el significado de Ordenación sanitaria. Es, sin duda, una expresión que pone de manifiesto el objeto de esta ley:

a) El desarrollo del modelo con el que se encuentran comprometidos los poderes públicos y los ciudadanos ante el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, en el marco del artículo 43 de la C.E., catalogado a la sazón como principio rector de la política social y económica, y sobre el que confluye uno de los más altos consensos ideológicos de todas las sociedades desarrolladas.

b) El desarrollo de la peculiaridad organizativa que tal reconocimiento entraña para las Administraciones públicas, sentado que en el ámbito material denominado sanidad no sólo realizan la tradicional actuación de autoridad, sino que se encuentran obligadas a desplegar una significativa actividad de prestación e intermediación social y, en consecuencia, a configurar todo un dispositivo de servicios públicos sanitarios.

En su conjunto, la sanidad, además de ser un sector presupuestariamente importante, constituye un instrumento básico de solidaridad y redistribución. Representa, sin lugar a dudas, una inversión social esencial para garantizar el bienestar e impulsar el desarrollo. Y supone, por último, un sector económico que produce valor y riqueza, contribuyendo a la

estabilidad de los niveles económicos, tanto por la actividad que genera como por la fuerza laboral que emplea.

Esta ley incide, por tanto, en una materia enormemente vertebradora y esencial para el país, respecto a la que la Comunidad Autónoma de Euskadi presenta una trayectoria ciertamente comprometida con los principios propios de un sistema integral de salud, entendido como servicio público, universal y equitativo.

Es un dato histórico fácilmente verificable que la respuesta de los poderes públicos vascos al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad ha constituido una clara prioridad política. No en vano se han hecho realidad aspiraciones tan significativas como la integración de todos los recursos de titularidad pública en un único dispositivo, a través del cual se atiende a la persona enferma tanto somática como psíquica. También se han dado los pasos más avanzados en la aplicación de nuevas modalidades asistenciales y tipología de servicios, así como en la asunción de prestaciones cualificadas por su representatividad y solidaridad social.

En los últimos años, este sector tan trascendental en la gestión pública vasca ha tenido su principal fuente de reflexión en el Plan estratégico Osasuna Zainduz, mayoritariamente respaldado en el Parlamento Vasco el 23 de junio de 1993. Sin duda, ésta es la base principal del presente marco jurídico de ordenación del sistema sanitario de Euskadi.

A través de estos procesos de reflexión se ha entrado de lleno en el debate profundo y generalizado que vienen afrontando en los últimos años prácticamente la totalidad de los países de nuestro entorno económico y social respecto a los modelos contemporáneos de política sanitaria. Euskadi no es una excepción a este problema ni se encuentra ajena a la discusión sobre los sistemas de gestión de los servicios públicos sanitarios.

En dicho debate se destaca la presencia generalizada de escenarios de costes crecientes debido principalmente a la presión que ejercen sobre la demanda de servicios sanitarios factores como nuestra evolución demográfica con el envejecimiento de la población, la incorporación de nuevas tecnologías cada vez más sofisticadas o el propio cambio cultural que experimenta la ciudadanía sobre la percepción de las prestaciones sanitarias y condiciones de calidad exigibles al amparo de su derecho. Estas circunstancias propician un inevitable aumento de la demanda e incluso provocan en algunos colectivos la errónea creencia de que la oferta es ilimitada.

La política sanitaria -el modelo sanitario- no constituye en ningún caso una concepción técnica o social autónoma. Es el fiel reflejo del modelo de sociedad y del subsiguiente concepto de salud. Vaya por delante la adscripción de esta ley al modelo cuyas características básicas son las de un sistema capaz de satisfacer las necesidades sanitarias del conjunto de la ciudadanía bajo las premisas de universalidad, equidad y calidad. Todo ello, naturalmente, unido a su imprescindible eficacia y eficiencia, así como a la racionalidad de las prestaciones a que nos conduce la administración de los recursos públicos disponibles.

El Plan Osasuna Zainduz se formuló con la importante convicción de que los cambios sobre los factores endógenos del modelo de organización y gestión han de permitir el reforzamiento de los fundamentos ideológicos de nuestro modelo sanitario, amén de que su puesta en marcha sea mucho más factible cuando los niveles de eficiencia de la organización son aceptables. Esta opción supone una apuesta clara hacia una reforma de base organizativa que potencie la capacidad de la organización sanitaria para lograr una mayor eficiencia en el empleo de los recursos públicos. Así, esta ley se proyecta sobre el plan estratégico con soluciones políticamente legítimas y con una perspectiva jurídica de adecuación a las actuales Bases de la Sanidad.

II

Delimitados los ámbitos competenciales conforme al artículo 18 del Estatuto de Autonomía de Gernika y a las denominadas Bases de la Sanidad, que fija el Estado, se abre una amplia disciplina que se ha dado en llamar sanidad interior. Su consideración pone de relieve cierta gama de postulados flexibles que deben permitir a la Comunidad Autónoma de Euskadi expresar su propia opción legislativa, adecuada a sus peculiaridades, como

manifestación de su competencia de desarrollo legislativo, así como de la propia potestad de autogobierno que tiene reconocida.

Las disposiciones generales se refieren al contexto jurídico principal sobre el que incidirá el resto de la ley. A tales efectos, se parte de la consideración del concepto salud como bien jurídico con una amplia dimensión multidisciplinar y al que se otorga una protección legal singular, facilitadora de medios y no de resultados, como en repetidas ocasiones ha manifestado la jurisprudencia.

Asimismo se reconoce a la salud un marco institucional común en toda la Comunidad Autónoma de Euskadi, articulando el mandato de su reforzamiento o promoción desde una política gubernamental estructurada para todos los sectores de la actividad socio-económica. De este modo, se fija la dimensión real que corresponde a la salud y se identifica a la actuación propia de sanidad como el ámbito reducido técnicamente a las tradicionales modalidades de la asistencia médico-sanitaria: promoción, prevención, curación y rehabilitación. También ello debe interpretarse como reafirmación de la tesis de que cualquier problema de salud no requiere una respuesta sanitaria, pues la evolución de los tiempos y la demanda que impera en las sociedades desarrolladas como la nuestra exigen que la salud sea un compromiso de todos los ciudadanos y poderes públicos, y que a todos competa ubicarla en el lugar preponderante que por su naturaleza le corresponde, algo que comienza con la propia responsabilidad e interés individual de cada persona.

Atendiendo al propósito esencial de regular lo concerniente a la incidencia de la actividad sanitaria sobre la salud, la ley a continuación establece una clasificación general de las actuaciones que competen a la Administración sanitaria vasca.

Aquí se pueden destacar dos esferas distintas de actuación, caracterizadas bajo el denominador común de servir a una única concepción integral de la respuesta sanitaria a los problemas de salud y diferenciadas por la forma intrínseca que presentan a la hora de comprobar en qué consiste la tarea que aporta como valor añadido la Administración pública.

Bajo el ejercicio de autoridad para la tutela general de la salud pública se establecen las normas de ordenación y se ejecutan las actuaciones que garantizan una atención preventiva adecuada. Asimismo se establecen las normas que garantizan el aseguramiento público de las prestaciones sanitarias individuales necesarias. Por otra parte, se identifica una importante tarea instrumental que implica el aprovisionamiento de un gran dispositivo de medios y técnicas, así como, finalmente, la puesta a disposición de los ciudadanos de las prestaciones sanitarias individuales aseguradas por los poderes públicos correspondientes.

Las disposiciones generales de esta ley concluyen con el reconocimiento del carácter universal que tiene el derecho a la protección de la salud en el territorio de Euskadi y con la delimitación de su alcance material en el terreno de las prestaciones sanitarias individuales objeto de garantía pública. Al respecto, se significa la habilitación específica para que el Gobierno Vasco pueda incrementar las prestaciones sanitarias cuando, por su incidencia en nuestro nivel de salud o por nuestra alta estima social, sean consideradas necesarias.

III

El título II de la ley constituye su auténtica columna vertebral, por cuanto desarrolla la organización pública de servicios sanitarios bajo la denominación de sistema sanitario de Euskadi. entendido éste como el conjunto integrado por todas las instancias públicas con responsabilidades en materia de sanidad, se asimila plenamente a la estructura que las Bases de la Sanidad definen como el Servicio de Salud que corresponde crear a cada Comunidad Autónoma.

El sistema sanitario de Euskadi se configura dentro del sistema nacional de salud en los términos que establece la ley General de Sanidad, asumiendo los mecanismos que se articulan desde los principios básicos de la misma.

Por otra parte, la ley subraya el papel preponderante que corresponde a los ciudadanos ante el sistema sanitario e insiste en su caracterización democrática y participativa. Igualmente hace hincapié en la garantía de los derechos instrumentales y complementarios que derivan de la protección legal de la salud, tales como el respeto a la intimidad y dignidad de la persona, la práctica del consentimiento debidamente informado o el reconocimiento de una amplia capacidad de elección de servicio sanitario.

La mayor orientación del sistema hacia el ciudadano debe deducirse de los propios cambios de base organizativa que sobre el mismo se operan. La principal transformación deberá aparecer tras la configuración de una nueva faceta de gestión pública, separada estructuralmente de la estricta gestión de los servicios sanitarios, de modo que la propia planificación y programación del sistema asuman directamente la búsqueda permanente del equilibrio justo y solidario entre la lógica presión de las necesidades sociales y el volumen de recursos presupuestarios públicos que se destina a satisfacer esas necesidades.

El paso hacia ese nuevo protagonismo del ciudadano tiene su instrumento central en la fijación de objetivos mediante el Plan de Salud de Euskadi. Del mismo se deben derivar las directrices principales de actuación en los planos de la prevención y promoción, pero, asimismo, se debe propiciar el marco que necesita la Administración sanitaria para plantearse la estrategia a seguir en cuanto a las necesidades que le demanda la ciudadanía y en cuanto a la disponibilidad de un dispositivo suficiente de medios con los que atender dichas necesidades.

En definitiva, con ello nos adentramos plenamente en la explicación sobre las innovaciones que introduce esta ley respecto a los sistemas tradicionales de organización y gestión de servicios públicos sanitarios.

IV

El nuevo planteamiento incide fundamentalmente sobre factores considerados relevantes a la hora de propiciar mejoras de la eficiencia. Su implicación resultará trascendental y, en cualquier caso, ello no deberá suponer menoscabo alguno de los principios que inspiran nuestro modelo de política sanitaria ni alteración alguna de los valores propios de toda organización de carácter público.

Atendiendo a la lógica de una mayor exigencia sobre la utilización de los recursos y la obtención de resultados, se propugna una separación más clara y operativa entre las tareas de planificación y programación del sistema respecto a la de gestión de los servicios sanitarios.

Las anteriores consideraciones tienen reflejo en esta ley a través de normas con una variada gama de pronunciamientos. Destacan, a los presentes efectos expositivos, las siguientes:

a) Existe un primer bloque dedicado a expresar los contenidos principales que debe comportar la planificación del sistema. Su expresión, ajustada a la terminología que empleó el plan estratégico -regulación y financiación del sistema-, pone de relieve la necesidad de promover un desarrollo mucho más especializado de esas tareas a partir del instrumento central que es el Plan de Salud de Euskadi.

Acorde con ese criterio de especialización, la ley configura una nueva faceta de gestión pública, separada de la estricta gestión de los servicios sanitarios e identificada bajo las expresiones de aseguramiento y contratación de servicios sanitarios. Éstas representan la importante labor de ponderar la capacidad del sistema en la atención a las necesidades sanitarias de la población y de alcanzar un compromiso con cada servicio sanitario al objeto de satisfacerlas.

b) El segundo bloque se abre paso tras un nuevo planteamiento conceptual de la función ejecutiva de gestión de los servicios sanitarios. El término provisión obedece a una nueva realidad tendente a reforzar tanto el valor mismo de dicha función gestora como el papel del agente último responsable de la organización y administración.

Una de las máximas preocupaciones que debe suscitar en el futuro esta ley tendrá que ver con la figura de ese agente último para el desempeño de la gestión. Ya no basta con plantear el ejercicio de la función gestora en régimen de descentralización, sino que esta ley añade revulsivos fundamentales, articulando un modelo abierto capaz de adaptarse a unas circunstancias en constante cambio.

Serán factores a considerar, entre otros, la búsqueda de su dimensión adecuada y su pluralidad, la generalización de sus relaciones bilaterales con la Administración sanitaria y, en suma, su ubicación en una posición clara de autonomía y responsabilización que permita definir de modo más transparente los compromisos profesionales y devolver al nivel

adecuado del sistema decisiones que sustentan una parte crucial de la eficiencia en el uso de los recursos.

c) El último bloque relevante en el conjunto de normas de esta ley lo constituyen los preceptos por los que se configura el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y se articulan las líneas maestras para desarrollar su organización el régimen de gestión para la provisión de servicios sanitarios a través de las organizaciones dependientes del mismo, así como los demás aspectos propios de su régimen jurídico de organización y funcionamiento.

La ley pretende articular un modelo posibilista, consciente de la tradición histórica que hasta hoy representa la existencia de un único organismo gestor y, a la vez, aprovechando la capacidad de cohesión, de gsinerias, coordinación e, indudablemente seguridad que puede proporcionar la labor a realizar por un ente integrador del conjunto de agentes públicos provisores de servicios sanitarios.

La innovación que permite al legislador el régimen jurídico de los entes públicos de Derecho privado nos conduce a reflexionar sobre el propio Derecho administrativo, cuyas reglas se muestran muchas veces insensibles o, al menos, inoperantes para lograr una aplicación óptima del principio de eficiencia en la gestión. La propia doctrina administrativista ha puesto de relieve en numerosas ocasiones la inadecuación de algunos aspectos del régimen jurídico de funcionamiento de los servicios públicos para todo tipo de gestión que se trata de realizar, reflexionando en favor de reglas más flexibles tras el objetivo de que las técnicas jurídicas disponibles en cada momento permitan atender adecuadamente las necesidades.

Esta ley ni pretende ni puede terciar en la compleja problemática advertida. Simplemente reivindica el espacio propio de cada legislador para crear el marco de actuación flexible que necesita la Administración sanitaria vasca, con una opción que garantice la regularidad de las decisiones públicas sobre regulación-financiación del sistema sanitario y su sometimiento a los mecanismos de control público adecuados.

Se significa el especial reparto de materias de cara a acotar los ámbitos de aplicación del Derecho público frente al privado. Por su novedad respecto a las regulaciones legales que han tenido en la Comunidad Autónoma de Euskadi otras experiencias bajo la figura de los entes públicos de Derecho privado, destaca la referencia más clara a los ámbitos de aplicación del Derecho público -preferente a tenor del criterio jurisprudencial- y la penetración del Derecho privado fundamentalmente en materias hacendísticas, si bien en los términos ya diseñados por su respectiva legislación.

El régimen de personal se ubica en esta ley tanto por razón de su implicación esencial en toda solución organizativa como por el protagonismo fundamental que tiene en el mundo sanitario el capital de recursos humanos.

Se establece un régimen estatutario vasco, en ejercicio de la competencia que reconoce a la Comunidad Autónoma de Euskadi el Estatuto de Autonomía y siguiendo los parámetros de la regulación básica aplicable. De esta forma, se agota la remisión a una nueva ley que efectuó la ley de la Función Pública Vasca, sin perjuicio de los llamamientos expresos a la misma, como consecuencia de la convergencia con sus normas o del carácter incompleto que todavía presenta la determinación por el Estado de la legislación básica en el sector.

Las innovaciones que se presentan no inciden prácticamente en el núcleo esencial de la relación de empleo estatutaria. Se refieren más a los aspectos vinculados a la estructura y organización, así como a la introducción de nuevos principios que refuercen el reconocimiento profesional y el acercamiento de las culturas clínica y de gestión. En definitiva, de acuerdo con los objetivos trazados por el plan estratégico Osasuna Zainduz, esta ley sienta las bases para alcanzar un nuevo marco de relaciones homogéneo, estable, solidario, flexible y enriquecedor.

TÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1. *Objeto de la ley.*

La presente ley tiene por objeto la ordenación sanitaria de la Comunidad Autónoma de Euskadi, a través de la delimitación general de las actuaciones que permiten hacer efectivo

en su ámbito territorial el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud y mediante la regulación de las estructuras que configuran el sistema sanitario de Euskadi.

Artículo 2. *Marco institucional de la salud.*

1. Corresponde a todos los poderes públicos vascos la misión preferente de promocionar y reforzar la salud en cada uno de los sectores de la actividad socio-económica, con el fin de estimular los hábitos de vida saludables, la eliminación de los factores de riesgo, la anulación de la incidencia de efectos negativos y la sensibilización y concienciación sobre el lugar preponderante que por su naturaleza le corresponde.

2. Compete al Gobierno Vasco preservar ese marco institucional de la salud en Euskadi, dirigiendo las recomendaciones o adoptando las medidas que estime oportunas para velar por su consideración en todas las políticas sectoriales, así como propiciando el diseño de acciones positivas multidisciplinares que complementen a las estrictamente sanitarias para lograr una mejora continua del nivel de salud de la población.

3. Se establecerán los cauces necesarios de cooperación con las Administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales al objeto de garantizar la continuidad en la atención a los problemas o situaciones sociales que concurran en los procesos de enfermedad o pérdida de la salud.

Artículo 3. *Actuaciones que corresponden a la Administración sanitaria vasca.*

De acuerdo con las obligaciones que impone a los poderes públicos vascos el reconocimiento del derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, compete a la Administración sanitaria vasca garantizar la tutela general de la salud pública a través de medidas preventivas, de promoción de la salud y de prestaciones sanitarias individuales. Asimismo le corresponderá garantizar un dispositivo adecuado de medios para la provisión de las prestaciones aseguradas con carácter público, a través fundamentalmente de la dotación, mantenimiento y mejora de la organización de medios de titularidad pública.

Artículo 4. *Ámbito subjetivo y contenido material del derecho a la protección de la salud en la Comunidad Autónoma de Euskadi.*

1. El derecho a la protección de la salud tiene carácter universal en el territorio de Euskadi para todas las personas residentes, así como para las transeúntes, en la forma y condiciones previstas en la legislación general, en los convenios de colaboración e internacionales que resulten de aplicación y en los términos establecidos en los apartados siguientes.

2. El sistema sanitario de Euskadi, en los términos previstos en esta ley, garantizará las prestaciones sanitarias individuales conforme a la ordenación básica del sistema nacional de salud.

3. Reglamentariamente se regulará el procedimiento de acceso, administración y régimen de prestación de los servicios sanitarios. Asimismo se establecerán los supuestos en que proceda la reclamación del importe de los servicios prestados respecto de aquellos sujetos que accedan con la consideración de pacientes privados o en los que exista un tercero responsable obligado al pago del coste de los servicios prestados.

4. El Gobierno Vasco podrá ampliar, en el territorio de Euskadi, el catálogo de prestaciones a que se hace referencia en el apartado 2 anterior, determinando su ámbito subjetivo y las condiciones de acceso y cobertura financiera, bien con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi o con cargo a las personas que las soliciten, estableciéndose criterios que atiendan a la suficiencia financiera de los recursos económicos de los solicitantes y a la tipología de las prestaciones. Asimismo establecerá los supuestos en que proceda la reclamación del importe de los servicios realizados a los terceros obligados al pago.

TÍTULO II

Sistema Sanitario de Euskadi

CAPÍTULO PRIMERO

Ordenación

Artículo 5. *Configuración del sistema sanitario de Euskadi.*

Para llevar a cabo una adecuada organización y ordenación de las actuaciones que competen a la Administración sanitaria vasca, se crea el sistema sanitario de Euskadi, que tiene como objetivo último el mantenimiento, la recuperación y mejora del nivel de salud de la población y que está configurado con un carácter integral por todos los recursos sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Artículo 6. *Principios informadores.*

Informan el sistema sanitario de Euskadi los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana. Las directrices de política sanitaria, y los objetivos de salud respecto a los cuales se formulen, se ajustarán a dichos principios, persiguiendo una constante adecuación de la planificación de las actuaciones y de los recursos a las necesidades sanitarias de la población.

Artículo 7. *Ordenación territorial del sistema.*

1. La planificación sanitaria tendrá como base principal de ordenación territorial la división de todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi en las demarcaciones geográficas denominadas áreas de salud, que serán delimitadas reglamentariamente de acuerdo con la situación socio-sanitaria, de manera que puedan ponerse en práctica en su respectivo ámbito los principios y objetivos que enumera esta ley, así como las actuaciones esenciales que requieren la tutela general de la salud pública y la asistencia sanitaria primaria y especializada.

2. En el ámbito de cada área de salud se podrá señalar la ordenación territorial inferior que resulte necesaria en función de cada circunstancia territorial y, en su caso, para cada tipología de prestaciones y servicios sanitarios. En cada área se garantizará una adecuada ordenación de la atención primaria y su coordinación con la atención especializada. A tal efecto, se tendrán en cuenta dichos factores de manera que se posibilite una máxima eficiencia sanitaria en la ubicación y uso de los recursos, así como el establecimiento de las condiciones estratégicas más adecuadas para el aprovechamiento de sinergias o la configuración de dispositivos de referencia para toda la Comunidad Autónoma.

Artículo 8. *Principios programáticos de organización y funcionamiento.*

Constituyen principios programáticos de organización y funcionamiento del sistema sanitario de Euskadi:

a) La consideración de la persona como objetivo fundamental del sistema, que, garantizando el respeto a su personalidad e intimidad, propiciará su capacidad de elección y el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva.

b) La participación ciudadana tanto en la formulación de los planes y objetivos generales como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de su ejecución.

c) La concepción integral del sistema en la planificación de actuaciones y en su orientación unitaria hacia el conjunto definido por las facetas sanitarias de promoción, prevención, curación y rehabilitación del estado de salud.

d) La orientación prioritaria de los medios y actuaciones a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

e) El desarrollo interno de la organización mediante el principio de separación de los cometidos de regulación y financiación del sistema respecto de la provisión de servicios sanitarios.

f) La suficiencia del marco de financiación pública del catálogo de prestaciones sanitarias que asegura la Comunidad Autónoma de Euskadi.

g) La configuración, desarrollo y especialización en las tareas de fijación de objetivos y asignación de recursos para la provisión de servicios sanitarios.

h) El incremento de los niveles de competencia entre los centros públicos, con observancia de los principios de la gestión eficiente y de calidad.

i) La responsabilización y participación de los profesionales sanitarios en las decisiones de organización y gestión de los recursos que tengan asignados.

j) La evaluación continua de los componentes públicos y concertados del sistema sanitario aplicando criterios objetivos y homogéneos.

Artículo 9. *Actividades instrumentales del sistema.*

Para facilitar el cumplimiento de los principios programáticos del sistema se desarrollarán prioritariamente las siguientes actividades:

a) Realización de los estudios epidemiológicos necesarios y su seguimiento, para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria.

b) Creación de los sistemas de información necesarios para facilitar el ejercicio adecuado de los distintos niveles de responsabilidad en el sistema. A tal fin, los datos de carácter personal relativos a la salud podrán ser recabados y tratados para el ejercicio de las funciones de dirección, planificación y programación del sistema, requiriéndose, siempre que no conste el previo consentimiento del afectado, que la actuación se encuentre debidamente autorizada y se efectúe previo procedimiento de disociación que garantice el anonimato en la información.

c) Adopción de medidas para la promoción de la calidad de los servicios sanitarios por los provisores de los mismos, así como el establecimiento de controles de calidad generales.

d) Articulación de un sistema de auditoría interna y externa y acreditación para medir la calidad técnica de los recursos disponibles, tanto profesionales como de infraestructuras sanitarias, que será promocionado con el concurso de los profesionales.

CAPÍTULO SEGUNDO

Derechos y deberes ciudadanos

Artículo 10. *Derechos y deberes de carácter instrumental y complementario.*

1. El sistema sanitario de Euskadi garantizará el desarrollo y aplicación de todos los derechos y deberes de carácter instrumental y complementario que deriven de la regulación legal del derecho a la protección de la salud, potenciando, entre otros, el máximo respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad de las personas en sus relaciones con los servicios sanitarios, así como la observancia de la obligación de dejar constancia escrita de todo proceso diagnóstico o terapéutico, y de recabar el consentimiento correspondiente, previas las condiciones necesarias de información.

2. El procedimiento de acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios de cobertura pública garantizará el principio de igualdad efectiva y procurará las condiciones organizativas que permitan una progresiva ampliación de la capacidad de elección del ciudadano sobre los servicios y los profesionales sanitarios, así como la información precisa sobre sus derechos y obligaciones.

Artículo 11. *Participación ciudadana.*

Al objeto de posibilitar la participación ciudadana en el sistema sanitario de Euskadi, reglamentariamente se crearán consejos de participación comunitaria para el ámbito de toda la Comunidad Autónoma y para el ámbito de cada área de salud, atribuyéndoles facultades consultivas y de asesoramiento en la formulación de planes y objetivos generales del sistema, así como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de ejecución. La composición de los mismos deberá observar criterios de representatividad territorial y del sector sanitario, e incorporar a representantes de las Administraciones locales y forales, de

los colegios profesionales sanitarios, de las asociaciones de consumidores y usuarios y de los sindicatos y organizaciones empresariales.

CAPÍTULO TERCERO

Regulación y financiación del sistema

Artículo 12. *Dirección, planificación y programación del sistema.*

1. La dirección, planificación y programación del sistema sanitario de Euskadi es competencia del Gobierno Vasco y se ejecuta a través de los órganos competentes de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

2. Comprenderá las siguientes funciones:

a) Las intervenciones que supongan ejercicio de autoridad, necesarias para garantizar la tutela general de la salud pública.

b) La ordenación de las relaciones con las personas que gozan del derecho a las prestaciones sanitarias de cobertura pública.

c) La fijación de los objetivos de salud así como de actividad, calidad y financiación con cargo a créditos presupuestarios.

d) La delimitación estratégica del dispositivo de medios de titularidad pública con que cuenta el sistema según las necesidades de salud de la población.

e) La ampliación, cuando proceda, del catálogo de prestaciones básicas ofrecidas por el sistema nacional de salud.

Artículo 13. *Plan de Salud de Euskadi.*

(Derogado).

Artículo 14. *Atención preventiva y promoción de la salud.*

1. Bajo esta denominación se entenderán comprendidas las actuaciones que se desarrollen, de acuerdo con la enumeración de ámbitos que realiza la legislación básica sanitaria, en cuanto a protección, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como en el ejercicio de las potestades de intervención pública que reconoce el ordenamiento jurídico en relación con la salud individual y colectiva.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, todos los órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi contribuirán coordinadamente desde su respectiva óptica sectorial a la adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria, como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria. De igual modo, las corporaciones locales orientarán el ejercicio de sus actuaciones complementarias relacionadas con lo dispuesto en la presente ley hacia la actividad de educación sanitaria y de promoción de la salud pública.

3. Se potenciará la cooperación interinstitucional y se garantizará la integración efectiva de los programas de salud pública en los referentes de la Unión Europea. Asimismo se promoverán medidas de colaboración y transmisión de información entre los profesionales de la salud pública a fin de garantizar la utilización de datos comparativos y el desarrollo de actuaciones conjuntas.

Artículo 15. *Intervención de las Administraciones locales.*

1. Las corporaciones locales de la Comunidad Autónoma de Euskadi ejercerán las competencias que en materia de control sanitario y salubridad les atribuye el ordenamiento jurídico, sin perjuicio de su capacidad institucional de actuación complementaria, así como del ejercicio de las competencias que, en su caso, les delegue la Comunidad Autónoma. En todas sus actuaciones se someterán a los objetivos del Plan de Salud de Euskadi y a la coordinación y alta inspección del Departamento de Sanidad de la Comunidad Autónoma.

2. Para el desarrollo de dichas funciones, las corporaciones locales deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios del sistema sanitario de Euskadi, fomentándose los

instrumentos de cooperación y creándose, en su caso, los órganos específicos de coordinación que resulten necesarios.

3. En el marco de los planes y directrices de la Comunidad Autónoma, las corporaciones locales participarán en los órganos del sistema sanitario de Euskadi, en la forma prevista en la legislación y, en su caso, en la que reglamentariamente se determine.

Artículo 16. *Gestión de aseguramiento y de contratación de servicios sanitarios.*

1. Bajo esta denominación se entenderán comprendidas las actuaciones que se desarrollen en relación con el procedimiento de acceso, administración y régimen de las prestaciones sanitarias individuales. Asimismo comprenderá todos aquellos extremos que se requieran sobre los contratos-programa y conciertos sanitarios, incluido el general seguimiento y evaluación de dichos instrumentos.

2. La gestión referida en el apartado anterior, así como la suscripción, particular seguimiento y evaluación de los contratos-programa y conciertos sanitarios podrá encomendarse a las direcciones territoriales que se creen en cada área de salud de Euskadi. A tal fin, se les garantizará un adecuado nivel de autonomía operativa, asumirán las relaciones de aseguramiento con los ciudadanos de su ámbito territorial y podrán realizar también aquellas otras actuaciones dirigidas a la tutela general de la salud pública, todo ello como aplicación y desarrollo del marco común que constituye el Plan de Salud respecto al territorio correspondiente.

CAPÍTULO CUARTO

Provisión de servicios sanitarios

Artículo 17. *Actividad de provisión de servicios sanitarios.*

A los efectos de esta ley, se entenderá como provisión de servicios sanitarios la actividad de carácter instrumental por la que se ofrece a las personas un recurso organizado y homologado con el objeto de proporcionarles prestaciones sanitarias dirigidas a la promoción, preservación y restablecimiento de su estado de salud.

Artículo 18. *Provisión de servicios sanitarios con medios de titularidad pública.*

En la Comunidad Autónoma de Euskadi se garantizará la existencia de una dotación de recursos de titularidad pública adecuada a las necesidades sanitarias, realizándose su planificación con criterios de racionalización de recursos.

Artículo 19. *El contrato-programa.*

1. A los efectos de esta ley, el contrato-programa constituye el instrumento jurídico mediante el cual se articulan de manera directa las relaciones entre el Departamento competente en materia de sanidad y las organizaciones del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para la provisión de servicios sanitarios.

2. El contrato-programa tendrá la naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial, suscrito por el representante legal de la organización de provisión de servicios sanitarios correspondiente, en el que se concretarán, en relación con la actividad y financiación con cargo a los créditos presupuestarios públicos, los siguientes extremos mínimos:

a) Estimación del volumen global de actividad y previsión de las contingencias sanitarias objeto de cobertura.

b) Determinación cuantificable y periódica de los requisitos de calidad que deberán cumplir los servicios sanitarios.

c) Estimación finalista sobre cobertura económica de la actividad consignada con cargo a los créditos presupuestarios, periodicidad de los pagos y documentación justificativa para la realización de los mismos.

d) Requisitos y procedimiento de control y auditoría sanitaria.

e) Los niveles de responsabilidad que adquieren las partes en cuanto a las revisiones, adaptaciones y demás incidencias que se susciten en la aplicación del convenio.

TÍTULO III

Organización de las estructuras públicas de provisión de servicios sanitarios

CAPÍTULO PRIMERO

Configuración

Artículo 20. *Ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.*

Se crea el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, bajo la naturaleza jurídica de ente público de Derecho privado y adscrito al Departamento de la Administración General competente en materia de sanidad. Se le atribuye personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de su finalidad de desempeñar la provisión de servicios sanitarios mediante las organizaciones públicas de servicios dependientes del mismo.

Artículo 21. *Régimen jurídico.*

1. El ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se rige por los preceptos de la presente ley y por las disposiciones reglamentarias emanadas del Gobierno, al que corresponderá establecer sus estatutos sociales.

2. En lo que se refiere a su régimen económico y hacendístico-financiero, a su régimen de organización y funcionamiento interno y a sus relaciones jurídicas externas se sujetará al Derecho privado, sin perjuicio de las siguientes circunstancias:

a) En todo lo que corresponde a las materias propias de la Hacienda General del País Vasco, se sujetará a lo que disponga la legislación de la Comunidad Autónoma correspondiente a dichas materias en relación con los entes públicos de Derecho privado. En lo que a su control económico se refiere éste se ejercerá en la modalidad de control económico-financiero y de gestión de carácter permanente, de acuerdo con lo establecido en la Ley 14/1994, de 30 de junio, de Control económico y contabilidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

b) En sus relaciones con el Departamento competente en materia de sanidad se sujetará a las disposiciones de esta ley por las que se regulan los contratos-programa.

c) La contratación se ajustará a las previsiones que para cada personificación jurídica establezca la legislación sobre contratos de las Administraciones públicas.

d) El régimen de personal se sujetará a las disposiciones contenidas en esta ley y restantes normas de aplicación específica.

e) Las organizaciones dependientes del ente no tendrán la consideración de órganos administrativos, sin perjuicio de que deban sujetarse al régimen jurídico de los mismos en todo lo concerniente a la formación y exteriorización de sus actos cuando ejerzan potestades administrativas, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 siguiente.

3. El ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se sujetará al Derecho público, agotando, en su caso, sus actos la vía administrativa, cuando ejerza potestades administrativas por atribución directa o delegación, así como en cuanto a su régimen de patrimonio y en materia de responsabilidad patrimonial ante terceros por el funcionamiento de sus servicios.

Artículo 22. *Organización rectora.*

1. Los órganos rectores del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud son el consejo de administración y el presidente, cuyo cargo ejercerá el Consejero del Departamento competente en materia de sanidad.

2. El consejo de administración estará integrado por el presidente y por un número no superior a cinco miembros en representación de la Administración de la Comunidad

Autónoma de Euskadi. Las atribuciones del consejo comprenderán la planificación estratégica de medios adscritos al ente, la dirección de sus actuaciones, el control superior de la gestión y las facultades necesarias para dirigir e impulsar el proceso e intensidad con la que se configurarán las organizaciones últimas de servicios sanitarios dependientes del ente, salvo en lo relativo al otorgamiento de personalidad jurídica.

3. Reglamentariamente, a través de los estatutos sociales se creará una organización central de administración y gestión corporativa del ente, como estructura directiva de apoyo al consejo de administración. Entre sus atribuciones, en ejecución de los acuerdos de los órganos rectores, se encontrarán la colaboración, control, coordinación estratégica y los poderes centralizados de gestión que se establezcan respecto a todas las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del ente.

Artículo 23. *Régimen de gestión.*

1. La provisión de servicios sanitarios con medios adscritos al ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se realizará a través de organizaciones que realizarán su actividad bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión.

2. Dichas organizaciones se podrán configurar como instituciones sanitarias del ente sin personalidad jurídica propia, o bien como entidades sanitarias dependientes del mismo, de titularidad pública y con personalidad jurídica propia. En este caso, las mismas podrán adoptar cualquiera de las figuras organizativas previstas en el ordenamiento jurídico y su creación se realizará mediante decreto del Gobierno.

3. En todo caso, la autonomía de gestión llevará aparejado el reconocimiento a las organizaciones de servicios sanitarios del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud de capacidad para suscribir un contrato-programa con el órgano competente de la Administración General, en los términos que señala esta ley. Asimismo dichas organizaciones tendrán aprobados, en el marco consolidado del ente público, su presupuesto individualizado y sus planes de gestión a corto y medio plazo.

CAPÍTULO SEGUNDO

Medios materiales

Artículo 24. *Recursos.*

1. Constituyen recursos del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y de las organizaciones dependientes del mismo:

a) La dotación inicial que puedan señalar sus estatutos sociales.

b) Los créditos que con destino al mismo consignen los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

c) Los productos y rentas del patrimonio adscrito al mismo, perteneciente o integrante de los derechos reconocidos en el patrimonio de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

d) Los ingresos de Derecho privado generados por el ejercicio de su actividad o por la prestación de servicios a terceros, cuando concurran obligados al pago de los mismos.

e) Cualquier otro recurso que legalmente le pueda ser atribuido.

2. Se adscribirán al ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud los bienes y derechos propiedad de la Comunidad Autónoma de Euskadi para el cumplimiento de la finalidad que tiene encomendada. Ello se entenderá sin perjuicio de la adscripción del patrimonio de la Seguridad Social referido en las regulaciones correspondientes sobre traspaso de funciones y servicios a la Comunidad Autónoma de Euskadi.

3. Reglamentariamente, a propuesta del Departamento competente en materia de hacienda y finanzas, se establecerá el régimen económico-financiero compartido por las organizaciones dependientes del ente.

CAPÍTULO TERCERO

Régimen de personal

Artículo 25. *Ámbito de aplicación.*

El régimen estatutario de personal que establece esta ley resultará de aplicación a todo el personal que preste sus servicios en el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, sin perjuicio de las excepciones que deriven de los correspondientes procesos de integración.

Artículo 26. *Estructura y organización de personal.*

1. La estructura y organización de personal en el ámbito de aplicación de este régimen jurídico se ordena mediante esta ley, de acuerdo con los principios de imparcialidad y profesionalidad en el ejercicio de las funciones; capacidad de autoorganización, racionalización, mejora e integración con los objetivos del sistema sanitario de Euskadi en la planificación de los recursos, y eficiencia, eficacia, responsabilidad, participación y objetividad en la gestión de los intereses generales implicados en la prestación de servicios sanitarios.

2. Corresponderá a los órganos rectores del ente y a sus estructuras de gestión el ejercicio de las competencias correspondientes en materia del presente régimen jurídico.

3. A los efectos de esta ley, las plantillas de personal del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, que serán aprobadas por su consejo de administración, constituyen el número de efectivos de carácter estructural con que cuentan tanto su organización central de administración como las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del mismo. Dichas plantillas deberán ajustarse al número máximo de efectivos, según grupos profesionales, que anualmente aprobará el Consejo de Gobierno a propuesta del Departamento de Sanidad.

4. Cada organización del ente establecerá la planificación interna y determinación de sus necesidades de recursos humanos a través de sus planes estratégicos y de gestión. Las necesidades estructurales de recursos que no puedan ser cubiertas con los efectivos existentes podrán dar lugar a los correspondientes procedimientos selectivos, que serán aprobados por el ente y ejecutados tanto en forma centralizada como descentralizada.

5. Darán lugar a una relación de empleo estatutaria de carácter interino las sustituciones del personal fijo con derecho a reserva del puesto funcional, por el tiempo máximo en que dure dicha situación, así como la cobertura de necesidades que se encuentren incluidas dentro de los límites de la autorización de efectivos de carácter estructural, en tanto no sean objeto de cobertura ordinaria por los mecanismos de acceso y provisión que establece esta ley.

Asimismo, las necesidades de efectivos para las que no se prevea definitivamente su existencia estructural o respondan a la realización de tareas de duración determinada podrán dar lugar, siempre que exista dotación económica suficiente, a una relación de empleo estatutaria de carácter eventual y con régimen de dedicación tanto a tiempo parcial como a tiempo completo. Dicha relación de empleo podrá tener una duración de hasta 6 meses, prorrogable hasta un máximo de 3 años.

En la organización y acceso a los regímenes de cobertura previstos en esta norma se observarán los principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad.

6. En casos extraordinarios de alta especialización, previo proceso selectivo, de conformidad con los principios contenidos en el tercer párrafo del artículo 26.5, podrán vincularse profesionales en régimen de contratación laboral temporal a las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Su actuación se regirá por lo previsto en cada contrato que se suscriba y sin que ello suponga la creación de nuevos puestos funcionales de plantilla ni se adquiera derecho alguno sobre los existentes.

Artículo 27. *Cargos directivos.*

1. Será personal directivo en el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud el que, en virtud de nombramiento administrativo, desempeñe con carácter eventual tareas de

gerencia o de dirección profesional no reservadas a personal estatutario fijo en cualquiera de las estructuras de gestión del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Será nombrado y separado libremente, en los términos que establece la presente norma y podrán acceder a dicha condición personas sin previa vinculación laboral con la Administración pública. Cuando acceda personal laboral fijo al servicio del propio ente, o de la Administración General de la Comunidad Autónoma, se le reconocerá en excedencia forzosa conforme a la legislación laboral correspondiente, y cuando acceda el personal estatutario fijo al servicio del propio ente o el personal funcionario de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi se le reconocerá en situación administrativa de servicios especiales, entendiéndose en este último caso ampliado el número de supuestos que al efecto establece el artículo 62.1 de la Ley 6/1989, de 6 de julio, de la Función Pública Vasca.

2. La estructura de cargos directivos correspondiente a la organización central del ente se establecerá de acuerdo con lo que dispongan sus estatutos, correspondiendo al propio ente, en el ámbito de sus respectivas competencias, la determinación del personal directivo en las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del mismo, de acuerdo con los criterios de dimensionamiento y estructura de cada organización que dispongan los estatutos del ente. El nombramiento del personal directivo, en cuanto a estas últimas organizaciones, requerirá previa convocatoria pública en la que deberán establecerse los requisitos necesarios de capacidad y experiencia profesional.

3. El régimen retributivo del personal directivo en el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud será el establecido por su consejo de administración, debiendo, en todo caso, sujetarse a los límites fijados por la Ley 14/1988, de 28 de octubre, de Retribuciones de altos cargos, las leyes de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi y las demás disposiciones que resulten de aplicación en esta materia.

Artículo 28. *Normas comunes de los estatutos jurídicos del personal.*

Al personal sujeto al régimen estatutario que establece esta ley le serán de aplicación los estatutos jurídicos que en desarrollo de sus normas comunes se dispongan para cada uno de los siguientes estamentos:

a) Personal facultativo médico: el que pertenezca al grupo profesional de facultativos médicos y técnicos, que desempeñará las funciones propias de su correspondiente categoría, con la consideración relativa a las distintas especialidades sanitarias reconocidas oficialmente en la normativa correspondiente.

b) Personal sanitario no facultativo: el que pertenezca a los grupos profesionales de diplomados sanitarios, técnicos especialistas sanitarios y técnicos auxiliares sanitarios, que desempeñará las funciones propias de su correspondiente categoría, con la consideración relativa a las especialidades de enfermería reconocidas oficialmente y demás actividades sanitarias profesionales.

c) Personal no sanitario: el que pertenezca a los grupos profesionales no contemplados en los apartados precedentes, que desempeñará, de acuerdo con las correspondientes categorías, las funciones relativas a la gestión de administración y servicios generales necesarias para el correcto desarrollo de la actividad de provisión de servicios sanitarios.

Los estatutos jurídicos de cada uno de esos estamentos desarrollarán todos los aspectos que se requieran para la correcta aplicación del régimen estatutario previsto en esta ley, de acuerdo con las siguientes normas comunes:

Primera. Relación de empleo estatutaria.

1. El empleado público en el régimen que establece esta ley presta sus servicios mediante una relación de servicios profesional, retribuida y de carácter especial por razón de la función que desarrolla, constituyendo su relación de empleo estatutaria los siguientes derechos, obligaciones y garantías:

a) Derecho a la remuneración que corresponda, descanso necesario, no discriminación, sindicación, huelga y participación en la determinación de las condiciones de trabajo.

b) Derecho al Régimen General de Seguridad Social, así como a la jubilación tanto voluntaria como forzosa, en los supuestos previstos en la legislación general de función pública y en condiciones de remuneración con arreglo al régimen de previsión social citado.

No obstante lo dispuesto en este apartado 1. b), la declaración de oficio de la jubilación forzosa para el personal estatutario al cumplir los 65 años de edad no se producirá hasta el momento en que cesen en la situación de servicio activo, pudiendo prolongar voluntariamente su permanencia en dicha situación hasta, como máximo, los 70 años. Reglamentariamente se dictarán las normas de procedimiento necesarias para el ejercicio de este derecho.

c) Obligación de prestación de servicios en contraprestación al salario en términos de efectividad y presencia física, al fiel desempeño de su función o cargo conforme a la dirección y objetivos que por el ente público se establezcan, y a la cooperación en la mejora de los servicios y en el ejercicio de las funciones de conformidad con las reglas de la buena fe y diligencia, profesionalidad e imparcialidad.

d) El ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en el que presta sus servicios el personal sujeto a este régimen dispensará a sus empleados la protección que requiera el ejercicio de sus cargos, garantizando su independencia con sujeción a los límites y condiciones previstos en esta ley.

2. El presente vínculo estatutario se adquiere mediante el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:

a) Superación del procedimiento selectivo correspondiente.
b) Nombramiento conferido por autoridad competente.
c) Toma de posesión dentro del plazo reglamentario.

Se entenderán exceptuados de lo anterior los supuestos de integración que regula esta ley respecto al personal adscrito al organismo autónomo Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en cuya relación de empleo quede subrogado el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

3. El procedimiento selectivo para adquisición del vínculo estatutario se ajustará a los principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad, y se accederá por este sistema a la categoría del grupo que corresponda. Las convocatorias determinarán los destinos y puestos funcionales objeto de cobertura. Las pruebas selectivas constarán, con carácter general, de las fases de concurso y de oposición, pudiendo constar sólo de oposición cuando se refieran a categorías respecto a las que lo aconsejen las funciones a realizar o el previsible número de aspirantes.

4. El presente vínculo estatutario se perderá por las mismas causas tasadas en la legislación general de función pública.

Segunda. Clasificación.

1. Constituyen instrumentos de clasificación del personal sujeto al presente régimen jurídico el grupo de titulación, el grupo profesional, la categoría y el puesto funcional que se desempeñe.

2. El grupo de titulación constituye el instrumento de clasificación del personal en base al nivel de titulación exigido para su ingreso. En cada grupo de titulación se agruparán los grupos profesionales que correspondan.

3. El grupo profesional constituye el instrumento de clasificación del personal en base al agrupamiento unitario de las aptitudes profesionales y contenido específico de las tareas propias de la prestación.

4. En cada grupo profesional se agruparán diferentes categorías, en función de la titulación específica requerida, pudiendo incluir las distintas especialidades profesionales reconocidas oficialmente. De acuerdo con la pertenencia a cada categoría, al personal correspondiente se le atribuirá el desempeño de las tareas propias de la profesión para cuyo ejercicio habilite la titulación exigida para el ingreso, y el desempeño de funciones que requieran de los conocimientos propios y específicos de cada concreta formación académica.

5. La creación, modificación o supresión de grupos y categorías se realizará por ley del Parlamento Vasco, en la que se señalen su denominación, las titulaciones que comprenden y los criterios necesarios para la articulación reglamentaria de aquellas cuestiones que, por su especialidad técnica, requieran de un tratamiento específico.

6. La plantilla se estructurará en diferentes puestos funcionales, considerados como el instrumento de clasificación orientado a la organización, promoción y desarrollo integral del personal. Reglamentariamente se articularán los diferentes puestos funcionales por categoría, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

a) La determinación de cada puesto funcional constituirá un mecanismo de incentivación al desarrollo profesional, por lo que cada puesto funcional deberá tener definido el correspondiente perfil profesional requerido para su desempeño. Para aquellos puestos funcionales pertenecientes a categorías de naturaleza sanitaria deberán integrarse en dicho perfil profesional los aspectos asistencial, docente e investigador.

b) El acceso a cada puesto funcional llevará aparejados los efectos retributivos asignados al mismo, el desempeño de un nivel específico de responsabilidad funcional dentro de las tareas y funciones propias de la categoría y el destino en alguna de las estructuras del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Con carácter general, la promoción hacia cualquier puesto funcional superior supondrá la asunción de una mayor responsabilidad jerárquica, participación en la gestión y desarrollo en la formación continuada del personal.

Tercera. Promoción profesional y provisión de destinos.

1. La promoción profesional del personal sujeto al presente régimen se instrumentará a través de la posibilidad de acceder a otros puestos funcionales y destinos mediante los mecanismos de provisión previstos en esta ley, así como por la posibilidad de promoción interna a otras categorías pertenecientes al mismo grupo de titulación o a grupos de titulación superiores.

2. En los procedimientos selectivos de acceso podrá establecerse el mecanismo de promoción interna para la provisión preferente de hasta un 50% de los destinos ofertados por personal perteneciente a grupos de titulación o profesionales distintos, siempre que los interesados sean personal fijo y reúnan los requisitos exigidos en cada caso.

3. El concurso constituirá el sistema ordinario de acceso a un puesto funcional y de adscripción a un destino, sin perjuicio del mecanismo directo que tendrá lugar en los procedimientos selectivos, en el sistema de libre designación y en los supuestos de traslado que regula esta ley. En la adscripción a los destinos se observarán los criterios de preferencia de los interesados y de prelación según los resultados del proceso de concurrencia que corresponda.

4. Cada convocatoria de concurso será pública, podrá tomar parte en ella el personal fijo perteneciente a la categoría correspondiente y determinará los puestos funcionales y los destinos objeto de cobertura, así como el baremo de méritos aplicable para su adjudicación, sin perjuicio de los demás requisitos previstos en la normativa vigente.

5. En los concursos podrá participar el personal fijo que se encuentre en servicio activo en el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el que se encuentre en situación distinta a la de activo si reúne los requisitos legales y reglamentarios para incorporarse al servicio activo. Además, podrá participar también el personal estatutario de las instituciones sanitarias públicas del sistema nacional de salud, así como, cuando lo determine la convocatoria, el personal funcionario de carrera y laboral fijo de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi. En tanto se mantenga la prestación de servicios en el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, al personal funcionario le resultará de aplicación en su integridad el régimen de esta ley y su normativa de desarrollo.

6. El desempeño de un puesto funcional o la adscripción a un destino en el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud podrá ser objeto de traslado a otro puesto funcional o destino dentro del mismo ámbito territorial del área de salud, siempre que se mantengan las condiciones propias de la categoría que ostenta el interesado y previo expediente contradictorio con el mismo. Podrán ser causas de traslado las derivadas de una alteración del contenido del puesto, por modificación de las condiciones que sirvieron de base a la convocatoria o por una falta de capacidad para su desempeño manifestada por rendimiento insatisfactorio que impida realizar con eficacia las funciones atribuidas, así como las necesidades organizativas sobrevenidas en la unidad de destino o la reasignación de efectivos derivada de los instrumentos de planificación de recursos humanos aprobados en el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

7. El personal fijo en el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud podrá ocupar puestos de trabajo en la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, de acuerdo con lo que establezcan las relaciones de puesto de trabajo de la misma y las correspondientes convocatorias.

8. Los puestos funcionales de jefatura que así lo tengan determinado en la plantilla, en función de los criterios de jerarquía, especial responsabilidad o complejidad funcional, darán lugar a nombramiento temporal por plazo de cuatro años, prorrogables en función de lo establecido en la presente norma. La cobertura se realizará mediante concurso, siempre que, en todo caso, se reúnan los requisitos previstos en el perfil profesional correspondiente al puesto funcional de que se trate.

El personal que acceda a un puesto funcional de jefatura conforme a lo previsto en el párrafo anterior cesará al vencimiento del plazo de nombramiento, salvo que proceda la circunstancia de prórroga entendiéndose que ésta deberá ser acordada conforme al procedimiento de evaluación por órgano colegiado que se establezca en desarrollo de esta ley. Asimismo, podrá ser removido con anterioridad al vencimiento del plazo de nombramiento en vigor, previo expediente contradictorio y por las causas de traslado previstas en el apartado 6 anterior de esta norma. El cese ordinario o la remoción supondrán el traslado a otro puesto funcional, manteniéndose en todo caso las condiciones propias de la categoría que ostente el interesado.

9. Únicamente podrán reservarse para su provisión por el sistema de libre designación aquellos puestos funcionales que, con carácter excepcional y por su especial responsabilidad, así lo tengan establecido en la plantilla correspondiente.

Cuarta. Situaciones administrativas.

El personal sujeto al presente régimen jurídico podrá hallarse en alguna de las situaciones administrativas catalogadas por la legislación general de función pública en base a los principios de igualdad y de homogeneización. En su caso, cuando procedan reservas, se entenderán referidas al correspondiente grupo profesional, categoría, puesto funcional y centro de destino.

Quinta. Normalización lingüística.

De conformidad con lo dispuesto en la normativa reguladora de la normalización del uso del euskera en las Administraciones públicas de la Comunidad Autónoma de Euskadi, el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud establecerá un plan especial conforme a las directrices que disponga el órgano competente de la Comunidad Autónoma en materia de política lingüística, al objeto de determinar los objetivos lingüísticos de aplicación al personal del ente, así como las medidas a adoptar tendentes a su efectivo cumplimiento.

Hasta tanto no se elabore el plan a que se refiere el apartado anterior, en los procesos de selección y provisión que lleve a cabo el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se aplicarán las normas previstas en la legislación de función pública sobre consideración como mérito del conocimiento del euskera.

Sexta. Sistema retributivo.

El personal sujeto al presente régimen jurídico sólo podrá ser remunerado por los conceptos que establece la ley y que, de acuerdo con la legislación básica, se agrupan en los siguientes:

1. Retribuciones básicas:

a) El sueldo, que será igual para todo el personal de cada uno de los grupos de titulación.

b) La antigüedad, consistente en una cantidad igual para cada uno de los grupos de titulación, por cada tres años de servicios.

c) Las pagas extraordinarias, que serán dos al año por un importe mínimo, cada una de ellas, de una mensualidad de sueldo y antigüedad, y que se devengarán en los meses de junio y diciembre.

2. Retribuciones complementarias:

a) El complemento de destino, correspondiente a la categoría que se ostente, dividido en catorce mensualidades.

b) El complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de puestos funcionales y destinos en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. En ningún caso podrá percibirse más de un complemento específico por una misma circunstancia de las señaladas anteriormente.

c) El complemento de productividad, destinado a la incentivación del personal y a la remuneración del especial rendimiento, interés o iniciativa, así como a la participación en programas o actuaciones concretas. La determinación individual de su cuantía se efectuará en el marco de las dotaciones económicas correspondientes y de acuerdo con los criterios y objetivos predeterminados por el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

d) El complemento de atención continuada, destinado a la remuneración del personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera continuada incluso fuera de la jornada establecida.

3. El personal percibirá las indemnizaciones que correspondan por razón del servicio.

Séptima. Régimen disciplinario.

1. El incumplimiento de las obligaciones y deberes propios del personal sujeto al presente régimen jurídico constituirá falta y dará lugar a las sanciones correspondientes. El régimen disciplinario se sujetará a los principios y normas de aplicación que establece la legislación de función pública vasca, incluyendo la tipificación de faltas muy graves que se realiza en la misma, así como sus correspondientes sanciones.

2. En desarrollo de esta ley, reglamentariamente se detallarán las faltas graves y leves, así como las sanciones que llevarán aparejadas, siguiendo en sus correspondientes clasificaciones los criterios de intencionalidad, perturbación del servicio, atentado a la dignidad del trabajador o de la propia Administración Pública, falta de consideración con los usuarios de los servicios, reiteración y reincidencia. El procedimiento disciplinario que se establezca atenderá especialmente al objetivo de procurar la suficiente celeridad e inmediatez en las actuaciones.

Octava. Incompatibilidades.

Resultará de aplicación la legislación general básica sobre la materia.

Novena. Determinación de las condiciones de trabajo.

En el marco de la legislación general básica aplicable:

a) Los acuerdos requerirán para su validez y eficacia la aprobación expresa y formal del Consejo de Gobierno, y en los casos en que no se produzca acuerdo en la negociación o no se alcance la aprobación expresa y formal citada corresponderá al Consejo de Gobierno determinar las condiciones de trabajo.

b) Sin perjuicio del mantenimiento del marco general de negociación colectiva en el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, deberá procurarse una progresiva descentralización en aspectos específicos, acorde con la aplicación del principio de autonomía de gestión que establece esta ley.

c) El ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y las organizaciones sindicales establecerán, mediante acuerdos suscritos al efecto, los procedimientos para la resolución de conflictos surgidos en la determinación de las condiciones de trabajo o por incumplimientos de pactos o acuerdos.

TÍTULO IV

Artículo 29. *Las estructuras sanitarias como servicio de interés público.*

1. En virtud de su consideración de servicio de interés público a los efectos de esta ley, las estructuras sanitarias que no dependan directamente de la Comunidad Autónoma de Euskadi y operen en su ámbito territorial, cualquiera que sea su titularidad, se sujetarán a las normas de ordenación dictadas para garantizar la tutela general de la salud pública y ejercerán su actividad conforme al principio de autorización administrativo-sanitaria previa, sin perjuicio de la libertad de empresa y libre ejercicio de profesiones sanitarias.

2. Las estructuras sanitarias concertadas, de forma complementaria y a efectos de planificación, podrán formar parte operativa del sistema sanitario de Euskadi.

Artículo 30. *Relaciones jurídicas con instituciones privadas para la provisión de servicios sanitarios.*

1. Las relaciones entre el Departamento competente en materia de sanidad y cualquier entidad privada para la provisión de servicios sanitarios se instrumentalizarán, previa homologación, de acuerdo con lo que al respecto establecen la legislación general básica y la presente ley.
2. El concierto sanitario podrá celebrarse tras tener en cuenta la utilización óptima de los recursos públicos. Además de las cláusulas de derechos y obligaciones recíprocas de las partes, en cada concierto sanitario quedará asegurado el respeto a los derechos instrumentales y complementarios de los usuarios referidos en la presente ley, por cuyo cumplimiento velará la Administración.
3. Los centros privados concertados estarán obligados a cumplir los extremos mínimos fijados para los servicios públicos en el artículo 19.2 de esta ley, además de aquellas obligaciones derivadas de otras normas legales.

TÍTULO V

Docencia e investigación sanitarias

Artículo 31. *Docencia y formación continuada.*

1. Al objeto de garantizar un desarrollo adecuado de la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales sanitarios, la presente ley dispone como principio general de actuación la obligatoriedad en el establecimiento de cauces de colaboración entre las estructuras docentes que correspondan y todas las estructuras asistenciales del sistema sanitario de Euskadi.
2. El Gobierno Vasco deberá velar por la actuación coordinada de todos sus Departamentos en lo concerniente a las acciones que les correspondan en materia de formación, bajo el objetivo de posibilitar la adecuación en la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario de Euskadi.
3. La Universidad del País Vasco y cuantos centros docentes universitarios o con función universitaria intervengan en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi en la formación en ciencias de la salud deberán coordinar con la Administración de la Comunidad Autónoma, de acuerdo con sus respectivas competencias, la programación de sus acciones de docencia, celebrando los convenios de colaboración que articulen un desarrollo de las mismas acorde con los objetivos y necesidades del sistema sanitario de Euskadi.
4. Se promoverá la formación, reciclaje y perfeccionamiento de manera continuada a los profesionales sanitarios y no sanitarios del campo de la salud y de la gestión y la administración sanitarias, desde una perspectiva interdisciplinaria. Dicha función deberá procurar el desarrollo descentralizado de las acciones de formación continuada, aproximando la actividad formativa a los lugares de trabajo.

Artículo 32. *Investigación sanitaria.*

1. El sistema sanitario de Euskadi deberá fomentar las actividades de investigación sanitaria, como elemento fundamental para su progreso.
2. El Departamento competente en materia de sanidad, a través de los órganos de su estructura organizativa y sin perjuicio de las competencias que corresponden a otros órganos y entidades de la Comunidad Autónoma, deberá intervenir en el desarrollo de las siguientes funciones:

a) En la programación de la política de investigación en materia de salud y sus prioridades, de acuerdo con el Plan de Salud de Euskadi.

b) En la planificación, promoción y evaluación de las acciones de investigación en relación con los problemas y necesidades de salud de la población de la Comunidad Autónoma.

c) Llevando a cabo, impulsando o coordinando programas de investigación y estudio en ciencias de la salud.

3. Las funciones contempladas en este artículo podrán desarrollarse en colaboración con las universidades y demás instituciones docentes y entidades con competencia en la materia. Asimismo constituirá un objetivo del sistema sanitario de Euskadi la búsqueda del diseño adecuado y dotación de estructuras para la investigación.

TÍTULO VI

Régimen sancionador

CAPÍTULO PRIMERO

Inspección y medidas cautelares

Artículo 33. *Inspección.*

1. Corresponde al Departamento competente en materia de sanidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi la realización en su ámbito territorial de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo previsto en esta ley y en el resto de la legislación sanitaria.

2. Las corporaciones locales de la Comunidad Autónoma de Euskadi ejercerán la función inspectora, en relación con cualquier actividad, servicio o instalación, de acuerdo con las competencias que en materia de control sanitario y salubridad les atribuye el ordenamiento jurídico. Cuando se trate de las actuaciones necesarias para resolver las autorizaciones o registros sanitarios, la inspección corresponderá exclusivamente al Departamento competente en materia de sanidad de la Comunidad Autónoma.

3. El personal al servicio de las Administraciones públicas que desarrolle las funciones de inspección debidamente acreditado podrá realizar cuantas actuaciones se requieran para el cumplimiento de la función inspectora, en especial:

a) Entrar libremente en cualquier dependencia del centro o establecimiento sujeto a esta ley, sin necesidad de previa notificación.

b) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de lo previsto en esta ley y en las normas que se dicten para su desarrollo.

Artículo 34. *Medidas cautelares.*

1. Como consecuencia de las actuaciones de inspección y control, por los órganos competentes de la Administración sanitaria vasca podrán adoptarse medidas cautelares en el ámbito de esta ley, para asegurar la efectividad en la protección de la salud, cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y grave para la salud de las personas.

2. Las medidas cautelares podrán comprender cualquier actuación tendente a prevenir o a reparar el quebranto de la salud pública, siempre que resulten proporcionales a lo que exija la situación de riesgo inminente y grave que las justifique, pudiéndose ordenar la inmovilización, retirada provisional del mercado o prohibición de utilización de cualesquiera bienes o productos, así como la suspensión provisional, prohibición de las actividades y clausura de centros, servicios o establecimientos, por requerirlo la salud colectiva o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación y funcionamiento.

3. Toda medida cautelar deberá adecuarse a los principios limitativos de proporcionalidad a los fines perseguidos, excluyendo las medidas que propiamente conlleven riesgo para la vida y con preferencia de las que menos perjudiquen la libre circulación de personas y bienes, la libertad de empresa y cualesquiera otros derechos afectados. Asimismo, deberán tener reflejada en cada caso su correspondiente duración, pudiéndose acordar su prórroga

sucesiva por resolución motivada, y sin que la duración total de la medida y sus prórrogas exceda de lo exigido por la situación de riesgo inminente y grave que la justificó.

CAPÍTULO SEGUNDO

Infracciones y sanciones

Artículo 35. *Disposiciones generales.*

1. Las infracciones en materia de sanidad interior de la Comunidad Autónoma de Euskadi serán objeto, previa instrucción del oportuno expediente, de las sanciones administrativas contempladas en este capítulo.

2. En cualquier momento del procedimiento sancionador, cuando por el órgano competente se estime que los hechos pudieran ser constitutivos de ilícito penal, lo comunicará al Ministerio Fiscal, solicitándole testimonio sobre las actuaciones practicadas respecto de la comunicación. Asimismo, cuando el órgano competente para la resolución del procedimiento sancionador tenga conocimiento de la instrucción de causa penal ante los tribunales de justicia y estime que existe identidad de sujeto, hecho y fundamento entre la infracción administrativa y la infracción penal que pudiera concurrir, acordará la suspensión del procedimiento hasta que recaiga resolución judicial firme. Las medidas administrativas que hubieran sido adoptadas para salvaguardar la salud y seguridad de las personas se mantendrán en tanto la autoridad judicial no se pronuncie sobre las mismas.

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

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

Artículo 36. *Infracciones.*

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

2. En desarrollo y complemento del artículo 35 de la ley General de Sanidad, y sin perjuicio de lo que establezcan otras leyes especiales, constituirán faltas administrativas, además de las ya previstas legalmente, las infracciones que a continuación se tipifican:

a) Infracciones leves:

1.ª Las simples irregularidades en el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública, que no se encuentren expresamente contempladas en la presente relación.

2.ª El ejercicio o desarrollo de cualquiera de las actividades sujetas por la normativa sanitaria a autorización administrativo- sanitaria previa, sin la autorización o registro sanitario preceptivos o habiendo transcurrido su plazo de vigencia, así como la modificación no autorizada por la autoridad competente de las condiciones técnicas o estructurales expresas en base a las cuales se hubiera otorgado la correspondiente autorización.

3.ª El incumplimiento simple del deber de colaboración con las autoridades sanitarias para la elaboración de los registros y documentos de información sanitaria que establezca la normativa dictada en aplicación y desarrollo de la presente ley, no siguiendo las entidades o personas responsables los procedimientos que se establezcan para el suministro de datos y documentos o haciéndolo de forma notoriamente defectuosa.

4.ª La negativa a informar a las personas que se dirijan a los servicios sanitarios sobre los derechos y obligaciones que les afectan, en los términos previstos en esta ley.

5.ª La identificación falsa o contraria al principio de veracidad, en cuanto a los méritos, experiencia o capacidad técnica, de los profesionales sanitarios en su actividad profesional y en sus relaciones asistenciales con los ciudadanos.

6.ª La emisión o difusión al público de anuncios publicitarios o propaganda comercial con repercusión directa sobre la salud humana o con el fin de promover la contratación de bienes o servicios sanitarios, sin haber obtenido la correspondiente autorización administrativo-sanitaria.

7.ª Dificultar la labor inspectora mediante cualquier acción u omisión que perturbe o retrase la misma.

8.ª El incumplimiento, por simple negligencia, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento de simple imprudencia, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario y éste sea de escasa incidencia.

b) Infracciones graves:

1.ª El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas cautelares o definitivas que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzca por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

2.ª La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las Autoridades Sanitarias o a sus agentes, en el desarrollo de las labores de inspección o control sanitario.

3.ª El incumplimiento, por parte del personal que en virtud de sus funciones deba tener acceso a la información relacionada con el estado individual de salud, del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas.

4.ª El incumplimiento, por negligencia grave, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento que suponga imprudencia grave, siempre que ocasionen alteración o riesgo sanitario, aunque sean de escasa entidad. Y el mismo incumplimiento y comportamiento cuando, cometidos por negligencia simple, produzcan riesgo o alteración sanitaria grave. A los efectos de esta letra, constituirá un supuesto de negligencia la omisión del deber de control o la falta de los controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.

5.ª La comisión por negligencia de las conductas tipificadas como infracción muy grave, cuando el riesgo o alteración sanitaria producida sea de escasa entidad.

6.ª La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias extrañas cuyo uso no esté autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio o alimentario de que se trate, cuando no produzcan riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.

7.ª La elaboración, distribución, suministro o venta de preparados alimenticios, cuando en su presentación se induzca a confusión al consumidor sobre sus verdaderas características sanitarias o nutricionales, y el uso de sellos o identificaciones falsas en cualquiera de las actuaciones citadas.

8.ª La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos tres meses.

9.ª Las actuaciones tipificadas en este artículo que, en razón de la concurrencia grave de los elementos contemplados en el apartado primero del mismo, merezcan la calificación de faltas graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

10.ª Las actuaciones que por razón de su expresa calificación en la normativa especial sanitaria aplicable en cada caso merezcan la tipificación de faltas graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

c) Infracciones muy graves:

1.ª El incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas que adopten las autoridades sanitarias competentes, cuando se produzca de modo reiterado o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.

2.ª La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

3.ª El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria, o cualquier comportamiento doloso, siempre que ocasionen alteración o riesgo sanitario grave.

4.ª La preparación, distribución, suministro o venta de alimentos que contengan gérmenes, sustancias químicas o radiactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al ser humano o que superen los límites o tolerancias reglamentariamente establecidos en la materia.

5.ª La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias extrañas cuyo uso no esté autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio o alimentario de que se trate y produzca riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.

6.ª El desvío para el consumo humano de productos no aptos para ello o destinados específicamente a otros usos.

7.ª La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

8.ª Las actuaciones tipificadas en este artículo que, en razón de la concurrencia grave de los elementos contemplados en el apartado primero del mismo, merezcan la calificación de faltas muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

9.ª Las actuaciones que por razón de su expresa calificación en la normativa especial sanitaria aplicable en cada caso merezcan la tipificación de faltas muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

Artículo 37. *Sanciones.*

1. Las infracciones serán sancionadas conforme a lo establecido en la ley General de Sanidad, guardando la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada, y estableciéndose una graduación de mínimo, medio y máximo a cada nivel de infracción, en función de la negligencia e intencionalidad del sujeto infractor, fraude o connivencia, incumplimiento de las advertencias previas, cifra de negocios de la empresa, número de personas afectadas, perjuicio causado, beneficios obtenidos a causa de la infracción, permanencia y transitoriedad de los riesgos, y cualquier otra circunstancia objetiva o subjetiva que tenga virtualidad para incidir en el grado de reprochabilidad de la conducta o en el de la culpabilidad del imputado, en un sentido atenuante o agravante.

2. De acuerdo con lo establecido en el apartado anterior, corresponderán las siguientes sanciones de multa:

a) Infracciones leves:

Grado mínimo: hasta 100.000 pesetas.
Grado medio: desde 100.001 pesetas a 300.000 pesetas.
Grado máximo: desde 300.001 pesetas a 500.000 pesetas.

b) Infracciones graves:

Grado mínimo: desde 500.001 pesetas a 1.150.000 pesetas.
Grado medio: desde 1.150.001 pesetas a 1.800.000 pesetas.
Grado máximo: desde 1.800.001 pesetas a 2.500.000 pesetas, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

c) Infracciones muy graves:

Grado mínimo: desde 2.500.001 pesetas a 35.000.000 pesetas.
Grado medio: desde 35.000.001 pesetas a 67.500.000 pesetas.
Grado máximo: desde 67.500.001 pesetas a 100.000.000 pesetas, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

3. Sin perjuicio de la multa que proceda imponer conforme al anterior apartado, a fin de impedir que la comisión de infracciones resulte más beneficiosa para el infractor que el cumplimiento de las normas, la sanción económica que en su caso se imponga podrá ser incrementada con la cuantía del beneficio ilícito obtenido.

4. En los supuestos de infracciones muy graves, podrá acordarse por el Gobierno Vasco el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, con los efectos laborales que determine la legislación correspondiente.

5. La autoridad a quien corresponda resolver el expediente podrá acordar, como sanción accesoria, el decomiso de bienes o productos deteriorados, caducados, no autorizados o que puedan entrañar riesgo para la salud, siendo por cuenta del infractor los gastos que origine su intervención, depósito, decomiso, transporte y/o destrucción.

Artículo 38. *Prescripción.*

1. Las infracciones a las que se refiere la presente ley calificadas como leves prescribirán al año, las calificadas como graves a los dos años, y las calificadas como muy graves a los cinco años. El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse desde el día en que se hubiera cometido la infracción, interrumpiéndose a partir del conocimiento por el interesado de la iniciación del procedimiento sancionador. Volverá a correr de nuevo el plazo de prescripción a partir del día siguiente a aquél en que se cumpla un mes de paralización del procedimiento por causa no imputable al presunto responsable.

2. Las sanciones impuestas por las infracciones a las que se refiere esta ley calificadas como leves prescribirán al año, las impuestas por faltas graves a los dos años, y las impuestas por faltas muy graves a los tres años. El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquél en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción, interrumpiéndose a partir del conocimiento por el interesado de la iniciación del procedimiento de ejecución. Volverá a correr de nuevo el plazo de prescripción a partir del día siguiente a aquél en que se cumpla un mes de paralización del procedimiento de ejecución por causa no imputable al infractor.

Artículo 39. *Potestad sancionadora.*

1. Corresponde el ejercicio de la potestad sancionadora en materia de sanidad interior de la Comunidad Autónoma de Euskadi a los órganos de la Administración General de la misma que se determinen competentes en la correspondiente normativa orgánica, sin perjuicio de las atribuciones específicas que establece la presente ley.

2. Los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma podrán ejercer la potestad sancionadora en relación con las infracciones previstas en esta ley hasta el límite de 2.500.000 pesetas de multa, siempre que dichas infracciones afecten a las áreas de responsabilidad mínima sobre las que ostentan competencias de control sanitario, relativas a las condiciones sanitarias medioambientales, higiene y salubridad de las industrias, actividades y lugares de vivienda y convivencia humanas, higiene de los alimentos, bebidas y demás productos destinados al uso o consumo humano, y condiciones de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

3. A tal efecto, deberá comunicarse al Departamento competente en materia de sanidad del Gobierno Vasco la ordenanza municipal por la que se acuerda ejercer dicha potestad sancionadora y tanto las incoaciones de expedientes sancionadores como las resoluciones definitivas que en su caso recaigan. Cuando por la naturaleza y gravedad de la infracción haya de superarse la cuantía máxima, se remitirán las actuaciones habidas al Departamento citado, el cual deberá comunicar a las corporaciones locales que correspondan cuantas actuaciones se deriven de su intervención.

Disposición adicional primera. *Inicio de actividades por el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.*

La creación efectiva e inicio de las actividades del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se determinará por el Gobierno, en la fecha en que reglamentariamente se establezcan sus estatutos sociales.

Para el caso en que el inicio de las actividades no coincida con la entrada en vigor de la correspondiente ley de Presupuestos, el Consejo de Gobierno aprobará los presupuestos de explotación y capital del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y los estados financieros previsionales correspondientes al ejercicio económico en que inicie sus actividades, dando cuenta a la Comisión de Economía, Hacienda y Presupuestos del Parlamento Vasco en el plazo de 15 días. A tales efectos, y por el Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de Presupuestos, se realizarán las modificaciones presupuestarias que fuesen necesarias para la formación de dichos presupuestos, sin que

puedan suponer un incremento del importe global consignado en las partidas de los Presupuestos Generales vigentes al inicio de las actividades del ente Público.

Disposición adicional segunda. *Extinción del organismo autónomo administrativo Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.*

Por la presente Ley se extingue el organismo autónomo administrativo Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, con efectos desde la fecha de creación e inicio de actividades del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, el cual quedará subrogado en todos sus derechos y obligaciones. Sus medios materiales y personales resultarán adscritos conforme a lo que determinen los correspondientes reglamentos organizativos.

Disposición adicional tercera. *Integración del personal adscrito al organismo autónomo administrativo Osakidetza- Servicio Vasco de Salud.*

1. Reglamentariamente se articulará el procedimiento para que el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud proceda de oficio a la integración en los grupos, categorías y puestos funcionales que se establezcan al amparo de esta ley de todo el personal fijo respecto al que se subrogue el ente y que se encuentre sujeto a una relación de empleo estatutaria. La integración se realizará de conformidad con los derechos básicos consolidados, el sistema de clasificación de procedencia y las funciones asignadas al grupo de titulación correspondiente.

2. Tendrá carácter voluntario dicha integración respecto del personal funcionario de carrera perteneciente a los cuerpos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi o transferido de otras Administraciones públicas. Este personal podrá ejercitar la opción correspondiente mediante solicitud del interesado de integración en el régimen estatutario, aplicándose en tal caso el procedimiento previsto en el apartado anterior. Quienes no ejercitaran la opción de integración en el régimen estatutario se mantendrán en servicio activo en su cuerpo de origen, sin perjuicio de que les resulte de aplicación en su integridad el régimen de esta ley y su normativa de desarrollo.

3. Al personal laboral fijo en cuya relación de empleo quede subrogado ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud podrá realizársele oferta voluntaria de integración en el régimen jurídico estatutario que establece esta ley, en función de la titulación, categoría profesional, profesión u oficio que posea, entendiéndose por tal la reconocida en su contrato de trabajo. En su caso, reglamentariamente se articulará el procedimiento para que el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud proceda de oficio a su clasificación en los grupos, categorías y puestos funcionales correspondientes, conforme con la categoría laboral que se posea o las funciones que efectivamente se desempeñen. El personal contemplado en este apartado que no optara por la integración permanecerá en su anterior situación, conservando los derechos y obligaciones inherentes al régimen laboral, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes que le resulten de aplicación.

4. Al personal interino que se encuentre prestando sus servicios en el organismo autónomo a la entrada en vigor de esta ley le será adecuada de oficio su relación de empleo, conforme a la relación estatutaria de carácter interino prevista en el régimen de personal del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y de acuerdo con el procedimiento que reglamentariamente se establezca en los términos del apartado 1 de esta norma. Asimismo, a todo el personal que con carácter temporal hubiera prestado servicios en el organismo autónomo Osakidetza- Servicio Vasco de Salud le será reconocido el tiempo de prestación de tales servicios, de acuerdo con la categoría de que se trate y respecto a cualquier Administración Pública, en los baremos de los procesos selectivos para acceso al régimen jurídico de personal regulado en la presente ley, sin que en ningún caso la puntuación adicional o de la fase de concurso pueda ser aplicada para superar ejercicios de la fase de oposición.

5. Todo el personal que sea objeto de los procesos de integración que regula esta disposición devengará como retribución normalizada la correspondiente a los elementos de clasificación correspondientes, conforme resulte adscrito, si bien la diferencia que pudiera existir entre dicha retribución y la que tuviera acreditada anteriormente a la integración la percibirá como complemento personal.

6. Al personal adscrito al organismo autónomo Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que, en aplicación de la presente ley y de los reglamentos orgánicos correspondientes, resulte adscrito en la Administración General de la Comunidad Autónoma le resultarán de aplicación las normas sobre integración que al efecto establece la ley de la Función Pública Vasca.

Disposición adicional cuarta. *Clasificación del personal.*

La clasificación del personal en el régimen estatutario que regula esta ley se establecerá de acuerdo con lo siguiente:

Grupo de titulación A: título de doctor, licenciado, ingeniero, arquitecto o equivalente.

Grupo Profesional	Categorías
A.1 Facultativos médicos y técnicos.	– Médico. – Farmacéutico. – Odontólogo. – Veterinario. – Biólogo. – Psicólogo. – Físico. – Químico. * (todas las especialidades oficiales)

Grupo profesional	Categorías
A.2 Técnicos superiores.	– Ingeniero superior. – Arquitecto superior. – Letrado. – Economista. – Informático superior. – Otros titulados superiores.

Grupo de titulación B: título de ingeniero técnico, diplomado universitario, arquitecto técnico, formación profesional de tercer grado o equivalente.

Grupo profesional	Categorías
B.1 Diplomados sanitarios.	– Enfermero/a. – Matrona. – Fisioterapeuta. * (todas las especialidades oficiales).
B.2 Técnicos medios.	– Ingeniero técnico. – Arquitecto técnico. – Trabajador social. – Otros titulados medios.

Grupo de titulación C: título de bachiller, formación profesional de segundo grado o equivalente.

Grupo profesional	Categorías
C.1 Técnicos especialistas sanitarios.	– Técnico especialista radiología. – Técnico especialista laboratorio. – Técnico esp. anatomía patológica. – Técnico esp. medicina nuclear. – Otras familias sanitarias.
C.2	– Administrativo. Técnicos especialistas de administración.
C.3	– Cocinero. Técnicos especialistas Profesionales. – Otros titulados equivalentes.

Grupo de titulación D: título de graduado escolar, formación profesional de primer grado o equivalente.

Grupo profesional	Categorías
D.1 Técnicos auxiliares sanitarios.	– Auxiliar de enfermería. – Otras familias sanitarias.
D.2 Técnicos auxiliares de administración.	– Auxiliar administrativo.
D.3 Técnicos auxiliares profesionales.	– Oficial.

Grupo de titulación E: certificado de escolaridad.

Grupo profesional	Categorías
E.1 Subalternos / Operarios.	– Celador. – Operario de Servicios.

Disposición adicional quinta. *Adaptación de la ley de Salud Escolar.*

A la entrada en vigor de la presente ley se entenderán integradas en la misma las normas sobre actuaciones que establece la Ley 7/1982, de 30 de junio, de Salud Escolar, manteniéndose en vigor sus disposiciones de acuerdo con lo siguiente:

a) El personal que viniera prestando sus servicios con dedicación específica en las materias que regula la ley de Salud Escolar estará sujeto a las normas sobre integración que establece esta ley, pasando a desempeñar las tareas y funciones que correspondan al grupo y categoría de clasificación correspondiente.

b) El Departamento competente en sanidad y las organizaciones de servicios sanitarios del ente público Osakidetza- Servicio Vasco de Salud, según proceda al amparo de esta ley, desarrollarán sus actuaciones de prevención y promoción de la salud en el ámbito escolar de acuerdo con lo que disponga regularmente el Plan de Salud de Euskadi. En todo caso, deberán procurarse los cauces adecuados de cooperación con la Administración educativa de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Disposición adicional sexta. *Exención del requisito de la nacionalidad para el acceso a la condición de personal estatutario de determinadas categorías de personal en las organizaciones dependientes de Osakidetza-Servicio vasco de salud.*

1. De acuerdo con lo previsto en el artículo 72.5 de la Ley 11/2022, de 1 de diciembre, de Empleo Público Vasco, se podrá eximir, por razones de interés general, del cumplimiento del requisito de nacionalidad del personal médico especialista y personal de enfermería de Osakidetza-Servicio vasco de salud cuyas especialidades se declaren deficitarias o de difícil cobertura por razón de la falta de efectivos, por razones geográficas o por razones relativas a períodos estacionales.

2. A los efectos de lo establecido en la presente ley, se entenderá por especialidades deficitarias o de difícil cobertura aquellas correspondientes a facultativos y/o enfermería en los cuales exista un déficit estructural de personal para su provisión y una necesidad objetiva y de urgente cobertura para garantizar de forma adecuada las necesidades asistenciales.

Tal exención no tendrá carácter permanente, sino temporal, e irá ligada a la declaración que en tal sentido se realice conforme a lo dispuesto en el párrafo 4 de esta disposición.

3. La declaración de una especialidad como deficitaria o de difícil cobertura por razón de la falta de efectivos, por razones geográficas o por razones relativas a períodos estacionales se realizará sobre la base del cumplimiento de al menos uno de los siguientes criterios:

a) El desfase entre la plantilla aprobada para una organización de servicios, para una determinada categoría de especialista, y los efectivos reales que se encuentran en prestación efectiva de servicios.

b) Las circunstancias demográficas y poblacionales de las organizaciones de servicios afectadas en relación con las ratios de pacientes por profesional que puedan corresponder en una determinada categoría de especialista.

c) Los requerimientos o necesidades adicionales de profesionales por incorporación de nuevos medios o tecnologías o por ampliación de la cartera de servicios en las organizaciones de servicios afectadas.

d) La falta de cobertura de estos puestos por los diferentes sistemas de provisión y selección, tanto por personal fijo como temporal, que cumpla el requisito de nacionalidad.

4. El consejo de administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud determinará, a propuesta de la persona responsable de la Dirección General de Osakidetza, la necesidad objetiva y de urgente cobertura de aquellas especialidades que se consideren deficitarias o de difícil cobertura, de acuerdo con los criterios del apartado tercero y que, por razones de interés general, justifique la exención del requisito de nacionalidad en los procesos de selección que a tal efecto convoque la Dirección General de Osakidetza.

Disposición transitoria primera. *Régimen sancionador.*

La presente ley no será aplicable a los expedientes administrativos sancionadores que se encuentren iniciados en la fecha de su entrada en vigor, salvo que la misma resultase más favorable para el presunto infractor.

Disposición transitoria segunda. *Jubilación forzosa.*

En aplicación de lo dispuesto en el artículo 28, Primera, apartado 1. b), la declaración de oficio de la jubilación forzosa del personal estatutario, en tanto no se solicite voluntariamente en tiempo y forma la prolongación del servicio activo, se realizará del siguiente modo:

a) El 1 de enero de 1998 los que tengan cumplidos los 68 años.
b) Desde el 1 de enero de 1998 al 30 de junio de 1998 los que vayan cumpliendo 68 años.
c) El 30 de junio de 1998 los que tengan cumplidos 67 años.
d) Desde el 1 de julio de 1998 al 31 de diciembre de 1998 los que vayan cumpliendo 67 años.
e) El 31 de diciembre de 1998 los que tengan cumplidos 66 años.
f) Durante 1999 los que vayan cumpliendo 66 años.
g) El 31 de diciembre de 1999 los que tengan cumplidos 65 años.
h) A partir del 1 de enero del 2000 será de plena aplicación la jubilación al cumplir los 65 años.

Disposición transitoria tercera. *Personal funcionario interino adscrito a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.*

El personal funcionario interino adscrito actualmente al organismo autónomo Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y que ostentaba la condición de interino a la entrada en vigor de la Ley 6/1989, de 6 de julio, de la Función Pública Vasca, podrá acceder a la condición de estatutario, según sean clasificadas las funciones que desempeña, en las mismas condiciones que las reguladas en el régimen establecido en la disposición transitoria cuarta de dicha ley.

Quienes no accedieran a la condición de estatutario una vez celebradas las tres convocatorias correspondientes, cesarán en el servicio en el plazo máximo de tres meses desde la resolución de la última de ellas.

Hasta tanto se dé cumplimiento a esta disposición, dicho personal mantendrá su actual relación de servicios de carácter interino, con adecuación a lo dispuesto en esta ley y al régimen de dedicación correspondiente a la organización en la que presta sus servicios.

Disposición derogatoria.

1. Se deroga la Ley 10/1983, de 19 de mayo, de Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, sin perjuicio de que la extinción del organismo autónomo se haga efectiva en la fecha que se determine con arreglo a esta ley.

2. Quedan derogadas asimismo cuantas normas se opongan a la presente ley, sin perjuicio de la vigencia de la siguiente relación enunciativa de disposiciones, o de aquellas que las modifiquen o sustituyan, en todo lo que no resulten contrarias a esta ley y en tanto no se dicten otros reglamentos para aplicación y desarrollo de la misma:

– Decreto 207/1982, de 2 de noviembre, por el que se establecen las Enfermedades de declaración obligatoria (BOPV de 30.11.82).

– Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la Historia Clínica en los Centros Hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco (BOPV de 16.12.86).

– Decreto 279/1986, de 25 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Transporte Sanitario por Carretera (BOPV de 22.12.86).

– Decreto 26/1988, de 16 de febrero, por el que se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza en la Comunidad Autónoma del País Vasco a quienes carezcan de los suficientes recursos económicos y no estén protegidos por el sistema de Seguridad Social (BOPV de 24.2.88).

– Decreto 49/1988, de 1 de marzo, sobre fluoración de aguas potables de consumo público (BOPV de 16.3.88).

– Decreto 146/1988, de 7 de junio, por el que se aprueba el Reglamento Sanitario de Piscinas de uso colectivo (BOPV de 20.6.88).

– Decreto 252/1988, de 4 de octubre, por el que se implanta el uso de la Tarjeta Individual Sanitaria, se regula la adscripción de facultativos y se establece la edad que delimita la atención pediátrica en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (BOPV de 7.10.88).

– Decreto 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (BOPV de 4.8.89).

– Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco (BOPV de 7.5.90).

– Decreto 550/1991, de 15 de octubre, por el que se regula la publicidad sanitaria (BOPV de 6.11.91).

– Decreto 267/1992, de 6 de octubre, por el que se establecen las condiciones sanitarias del Transporte de cadáveres y restos en la Comunidad Autónoma del País Vasco (BOPV de 23.10.92).

– Decreto 303/1992, de 3 de noviembre, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos del Alta Hospitalaria, y se crea el Registro de Altas Hospitalarias de Euskadi (BOPV de 1.12.92).

– Decreto 396/1994, de 11 de octubre, de autorizaciones de apertura, funcionamiento y modificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOPV de 28.10.94).

– Decreto 369/1995, de 11 de julio, por el que se establecen las estructuras orgánicas y funcionales del Departamento de Sanidad y del Organismo Autónomo Administrativo Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (BOPV de 28.7.95).

– Decreto 194/1996, de 23 de julio, sobre estructura organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para la Atención Especializada (BOPV de 28.8.96).

– Decreto 195/1996, de 23 de julio, sobre estructura organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para la Atención Primaria (BOPV de 28.8.96).

– Decreto 223/1996, de 17 de septiembre, de autorizaciones sanitarias de funcionamiento de las actividades, industrias y establecimientos alimentarios en la Comunidad Autónoma del País Vasco (BOPV de 4.10.96).

Disposición final primera.

Se autoriza al Gobierno Vasco para dictar las normas de carácter general y reglamentario necesarias para el desarrollo y aplicación de la presente ley.

Disposición final segunda.

La presente Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

§ 47

Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de zonificación Sanitaria de Navarra

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 140, de 20 de noviembre de 1985
«BOE» núm. 28, de 1 de febrero de 1986
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-1986-2797

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente:

LEY FORAL DE ZONIFICACIÓN SANITARIA DE NAVARRA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Las corrientes actuales de organización sanitaria exigen transformaciones en su ordenación que permitan la consecución de un sistema integral de salud. Inspirada en estas corrientes renovadoras, impulsadas por la declaración del ALMA-ATA, la presente Ley Foral de Zonificación sanitaria de Navarra se sustenta en la atención primaria como núcleo principal y función central del sistema sanitario, y considera la zona básica de salud como el marco territorial idóneo para el logro de una atención integral e integradora.

La Norma de Funcionarios Sanitarios de 16 de noviembre de 1981 utiliza los vocablos de Unidad Sanitaria Local, Sub-Comarca y Comarca para denominar las diversas demarcaciones territoriales sanitarias. Sin embargo, las variadas y distintas denominaciones de las demarcaciones sanitarias utilizadas en otras normas exigían una homologación terminológica, que en la actualidad ha quedado resuelta con la aceptación generalizada de las «zonas básicas de salud» y las «áreas de salud».

La zona básica es, sin duda, el marco territorial idóneo de la atención primaria globalmente considerada, al concurrir en ella las condiciones de homogeneidad, accesibilidad y delimitación geográfica que hacen posible una asistencia sanitaria adecuada, así como la programación, ejecución y evaluación de actividades encaminadas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

Constituye igualmente el ámbito ideal para la configuración de equipos sanitarios que promuevan dichas actividades, apoyen el ejercicio de las competencias municipales en materia sanitaria, y propicien el intercambio mutuo de experiencias, base de toda formación continuada.

En la zona básica la asistencia sanitaria, a demanda de la población enferma, continuará prestándose en los Consultorios Locales, de forma que se posibilite una adecuada accesibilidad.

Con el fin de fomentar el desarrollo de las actividades y funciones del equipo de atención primaria en la zona básica, el Centro de salud constituirá la estructura física y funcional que atenderá preferentemente las áreas de dirección, coordinación, programación, evaluación, docencia e investigación, así como recursos especiales y actividades de participación ciudadana.

El área de salud se puede definir como el ámbito territorial delimitado por criterios geográficos y poblaciones que permite la descentralización de las actividades sanitarias, aun las de carácter administrativo-organizativo y aquellas otras que por su progresiva sofisticación requieren una dotación de recursos humanos y materiales especializados y un volumen de población que posibiliten el mantenimiento de un nivel de calidad y rentabilidad suficientes.

Ello implica la existencia de una unidad de dirección y la cobertura de la atención especializada.

Por otra parte se establecen diversas zonas básicas de especial actuación en atención a determinadas circunstancias de dispersión, aislamiento e inaccesibilidad, situación fronteriza o especialmente deprimida, que hagan particularmente difícil la constitución o el funcionamiento de un Equipo de atención primaria. Esta consideración de zonas de especial actuación permitirá prestarles especiales y mayores apoyos y recursos, de modo que el sistema sanitario alcance en dichas zonas un nivel de calidad similar a las restantes zonas básicas.

La necesidad de potenciar la integración de los profesionales sanitarios en equipos de atención primaria, así como ampliar las posibilidades de libre elección de médico por los vecinos con la progresiva constitución de las estructuras de atención primaria en las zonas básicas, impone la superación y extinción de los partidos sanitarios en su actual configuración jurídico-administrativa y su sustitución por las nuevas demarcaciones territoriales. Por otra parte, se hace preciso introducir modificaciones en la dependencia funcionarial de los sanitarios titulares que atienden los partidos, hasta hoy retribuidos íntegramente por los Ayuntamientos navarros a diferencia de los del resto del Estado. Ambos aspectos se recogen en la presente Ley.

El Gobierno de Navarra regulará los órganos de representación de la Comunidad que participarán activamente en el funcionamiento de las estructuras de atención primaria, en las cuales tendrán una representación sustancial los Ayuntamientos.

TEXTO ARTICULADO

Artículo 1.

1. La Ordenación Territorial Sanitaria de la Comunidad Foral se estructura en las siguientes zonas básicas de salud:

Lesaca.–Comprende los municipios de: Lesaca, Yanci, Vera de Bidasoa, Aranaz y Echalar.

Santesteban.–Comprende los municipios de: Santesteban, Sumbilla, Labayen, Bertizarana, Ituren, Saldías, Donamaría, Elgorriaga, Urroz de Santesteban, Oiz, Zubieta, Ezcurra y Erasun.

Elizondo.–Comprende los municipios de: Valle de Baztán, Urdax y Zugarramurdi.

Ulzama.–Comprende los municipios de: Basaburúa, Mayor, Lanz, Ultzama, Valle de Anué, Valle de Odieta y la localidad de Anoz (ayuntamiento de Ezcabarte).

Burlada.–Comprende el municipio de Burlada.

Villava.–Comprende los municipios de: Villava, Valle de Ezcabarte (excepto Anoz), y Valle de Oláibar.

Huarte.–Comprende los municipios de: Valle de Esteríbar, Huarte y Valle de Egüés (excluidos: Badostáin, Sarrigurren, Ardanaz y Mendillorri).

Aoiz.–Comprende los municipios de: Aoiz, Valle de Arce, Valle de Lizoáin, Urroz, Valle de Lónguida, Izagaondoa (excepto el Concejo de Induráin), Oroz-Betelu y Valle de Unciti.

Burguete.–Comprende los municipios de: Burguete, Orbaiceta, Arive, Villanueva de Aézcoa, Valle de Erro, Orbara, Garayoa, Roncesvalles, Aria, Abaurrea Baja, Valcarlos, Garralda y Abaurrea Alta.

Alsasua.–Comprende los municipios de: Alsasua, Olazagutía y Ciordia.

Echarri-Aranaz.–Comprende los municipios de: Urdiáin, Iturmendi, Bacáicoa, Echarri-Aranaz, Arbizu, Valle de Ergoyena y Lacunza.

Irurtzun.–Comprende los municipios de: Valle de Araquil, Valle de Araitz, Irañeta, Valle de Imotz, Betelu, Arruazu, Valle de Larraun, Huarte-Arakil, y las localidades de Aguinaga, Cía y Gulina (de Cendea de Iza).

Leiza.–Comprende los municipios de: Leiza, Areso, Arano y Goizueta.

Berriozar.–Comprende la Cendea de Ansoáin (excluido el Concejo de Ansoáin), Cendea de Iza (excluidos Gulina, Aguinaga, Cía e Iza), municipio de Juslapeña y Valle de Atez.

Orcoyen.–Comprende los municipios de: Orcoyen, Olza, Etxauri, Vidaurreta, Goñi, Ciriza, Zabalza, Ollo, Echarri, Belascoáin y los Concejos de Iza y Lete del municipio de Iza.

Sangüesa.–Comprende los municipios de: Sangüesa, Lerga, Sada de Sangüesa, Yesa, Peña, Eslava, Aibar, Javier, Cáseda, Ezprogui, Lumbier, Valle de Romanzado, Gallipienzo, Leache, Liédena, Petilla de Aragón, Urraúl Alto, Urraúl Bajo y el Concejo de Induráin (del Municipio de Izagaondoa).

Valle de Salazar.–Comprende los municipios de: Navascués, Sarriés, Ezcároz, Izalzu, Gallués, Esparza, Jaurrieta, Güesa, Oronz y Ochagavía.

Isaba.–Comprende los municipios de: Isaba, Garde, Uztárroz, Castillonuevo, Roncal, Vidángoz, Burgui y Urzainqui.

Noáin.–Comprende los municipios de: Valle de Elorz, Valle de Ibargoiti, Galar, Unzué, Biurrun, Oloriz (excepto los Concejos de Mendívil y Solchaga), Tiebas y Monreal.

Puente la Reina.–Comprende los municipios de: Puente la Reina, Uterga, Guirguillano, Obanos, Legarda, Cirauqui, Muruzábal, Artazu, Mañeru, Mendigorría, Adiós, Tirapu, Úcar, Olcoz, Añorbe y Enériz.

Cizur-Echavacoiz.–Comprende la Cendea de Cizur (excluido Barañáin) y las secciones 12, 13 y 14 del municipio de Pamplona (barrio de Echavacoriz).

Estella.–Comprende los municipios de: Estella, Aberin, Ayegui, Morentin y Bearin (del Valle de Yerri).

Villatuerta.–Comprende los municipios de: Villatuerta, Abárzuza, Lezáun, Oteiza, Guesálaz, Valle de Yerri (excluido Bearin) y Salinas de Oro.

Allo.–Comprende los municipios de: Allo, Arellano, Luquin, Lerín, Arróniz, Igúzquiza, Dicastillo, Barbarin y Villamayor de Monjardín.

Ancín-Améscoa.–Comprende los municipios de: Eulate, Valle de Allín, Názar, Olejua, Valle de Lana, Metauten, Mirafuentes, Oco, Larraona, Murieta, Piedramillera, Legaria, Aranarache, Ancín, Sorlada, Abáigar, Améscoa Baja, Mendaza, Etayo y Zúñiga.

Los Arcos.–Comprende los municipios de: Los Arcos, Aguilar de Codés, Mues, El Busto, Armañanzas, Espronceda, Torres del Río, Sansol, Azuelo, Bargota, Desojo y Torralba del Río.

Viana.–Comprende los municipios de: Viana, Cabredo, Aras, Genevilla, Lapoblación y Marañón.

Lodosa.–Comprende los municipios de: Lodosa, Mendavia, Sesma, Lazagurría y Sartaguda.

San Adrián.–Comprende los municipios de: Cárcar, Azagra, Andosilla y San Adrián.

Tafalla.–Comprende los municipios de: Tafalla, Garínoain, Pueyo, Arísoain, Barásoain, Valle de Leoz y los Concejos de Mendívil y Solchaga (del municipio de Olóriz).

Artajona.–Comprende los municipios de: Artajona, Berbinzana, Miranda de Arga y Larraga.

Carcastillo.–Comprende los municipios de: Carcastillo, Mélida, Santacara y Murillo el Fruto.

Olite.–Comprende los municipios de: Olite, Murillo el Cuende, Beire, Caparroso, Pitillas, San Martín de Unx y Ujué.

Peralta.–Comprende los municipios de: Falces, Peralta, Funes y Marcilla.

Tudela este.–Comprende los distritos III y IV del municipio de Tudela y el municipio de Fontellas.

Tudela oeste.–Comprende los distritos I y II del municipio de Tudela.

Valtierra.–Comprende los municipios de: Villafranca, Valtierra, Milagro, Arguedas y Cadreita.

Corella.–Comprende los municipios de: Corella y Castejón.

Cintruénigo.–Comprende los municipios de: Cintruénigo y Fitero.

Cascante.–Comprende los municipios de: Murchante, Monteagudo, Cascante, Barillas, Tulebras y Ablitas.

Buñuel.–Comprende los municipios de: Cabanillas, Buñuel, Fustiñana, Cortes y Ribaforada.

Casco Viejo-I ensanche.–Comprende el distrito I y las secciones 3, 4 y 5 del distrito II, del municipio de Pamplona.

Ensanche II.–Comprende el distrito II (excepto secciones 3, 4 y 5) y las secciones 8 y 11 del distrito V, del municipio de Pamplona.

Milagrosa.–Comprende las secciones 2 y 11 del distrito IV y el distrito V (excepto secciones 8 y 11) del municipio de Pamplona.

Comprende el valle de Aranguren.

Comprende los Concejos de Ardanaz, Badostain, Sarriguren y Mendillorri (Ayuntamiento de Egüés).

Iturrama.–Comprende el distrito IV (excepto secciones 2, 11, 12, 13 y 14) del municipio de Pamplona.

Barañáin.–Comprende el municipio de Barañáin.

Ermitagaña.–Comprende las secciones 14, 20, 21, 22 y 23 del distrito III del municipio de Pamplona.

San Juan.–Comprende el distrito III (excepto secciones 14, 20, 21, 22 y 23) del municipio de Pamplona.

San Jorge.–Comprende el distrito VII (excepto secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,15, 16, 18 y 19) del municipio de Pamplona.

Rochapea-Ansoáin.–Comprende las secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,15, 16, 18 y 19 del distrito VII, del municipio de Pamplona. Comprende el Concejo de Ansoáin.

Chantrea.–Comprende el distrito VI del municipio de Pamplona.

2. La ubicación de los diferentes Consultorios y Centros de Salud que correspondan a las zonas básicas y áreas de salud será decidida por la Diputación Foral-Gobierno de Navarra, oídos los Ayuntamientos, Concejos y personal sanitario que integren las referidas Áreas.

Artículo 2.

Las Zonas Básicas se agruparán en las Áreas de Salud siguientes:

Área I (Navarra-norte). Comprende las zonas básicas de: Lesaca, Santesteban, Elizondo, Ulzama, Huarte, Aoiz, Burguete, Burlada, Villava, Chantrea, Alsasua, Echarri-Aranaz, Irurzun, Leiza, Berriozar, Orcoyen, Rochapea-Ansoáin, San Jorge y Casco Viejo.

Área II (Navarra-este). Comprende las zonas básicas de: Sangüesa, Valle de Salazar, Isaba, Noáin, Milagrosa, II Ensanche, Puente la Reina, Cizur-Echavacoiz, Barañáin, Iturrama, San Juan y Ermitagaña.

Área III (Estella). Comprende las zonas básicas de: Estella, Villatuerta, Allo, Ancín-Améscoa, Los Arcos, Viana, Lodosa y San Adrián.

Área IV (Tafalla). Comprende las zonas básicas de: Tafalla, Artajona, Olite, Carcastillo y Peralta.

Área V (Tudela). Comprende las zonas básicas de: Tudela este, Tudela oeste, Valtierra, Corella, Cintruénigo, Cascante y Buñuel.

Artículo 3.

Navarra se constituye en región sanitaria integrada por las áreas de salud descritas en el artículo anterior.

Artículo 4.

1. Se declaran zonas básicas de especial actuación las siguientes:

Las zonas básicas de Isaba, valle de Salazar, Ancín, Améscoa, Villatuerta, Aoiz, Olite y Burguete.

En la zona básica de Elizondo: Zugarramundi y Urdax.
En la zona básica de Sangüesa: Petilla de Aragón, Urraúl Alto y Urraúl Bajo.
En la zona básica de Viana: Cabredo, Genevilla, Laplobación, Marañón y Meano.
En la zona básica de Leiza: Goizueta y Arano.
En la zona básica de Irurzun: Araiz, Betelu, Concejo de Errazquin y barrio de Lezaeta.

2. Las modalidades sanitarios-asistenciales de estas zonas serán establecidas reglamentariamente por el Gobierno de Navarra.

Artículo 5.

1. Corresponde al Gobierno de Navarra la fijación de la estructura orgánica, funcional y dotacional de las diferentes zonas básicas de salud.
2. La implantación en el tiempo de las estructuras de atención primaria será establecida por el Gobierno con carácter progresivo.
3. Los partidos médicos, farmacéuticos y de A.T.S. titulares comprendidos en las zonas básicas de salud que se definen en el artículo primero, y cuyos titulares hayan optado por ser transferidos, quedarán extinguidos, siendo transferidas las funciones propias de la titular, inspección municipal y asistenciales a dichas estructuras.

Artículo 6.

1. Los Médicos, Farmacéuticos y A.T.S. titulares que, en el momento en que se implante la estructura de atención primaria en su respectiva zona básica de salud, tengan plaza en propiedad, podrán optar por ser transferidos, con respeto de los derechos que les correspondan en el momento de la transferencia, a la Administración del Gobierno de la Comunidad Foral como funcionarios de la misma al servicio de la Sanidad Local, pasando a desempeñar las plazas de la estructura de atención primaria correspondiente a su lugar de procedencia.
2. Los Médicos, Farmacéuticos y A.T.S. titulares, que no deseen ser transferidos continuarán en su actual situación, respetándoseles plenamente, a estos efectos, los derechos, deberes, retribuciones y régimen disciplinario que les correspondan a tenor de la normativa vigente en dicho momento. Sus respectivos partidos sanitarios se declaran extinguidos con ocasión de vacante, resultando en tal momento transferidas las funciones propias de la titular, inspección municipal y asistenciales a la estructura de atención primaria correspondiente.
3. Implantadas por disposición reglamentaria del Gobierno las estructuras de atención primaria, y ejercida la opción por los Médicos, Farmacéuticos y A.T.S. titulares, se procederá a la integración de los que hayan optado por su transferencia, como funcionarios propios de la Administración del Gobierno de la Comunidad Foral.

Disposición adicional primera.

El Gobierno de Navarra, con comunicación al Parlamento de Navarra, podrá por propia iniciativa o a instancia del Ayuntamiento o, en su caso, Concejo interesado, modificar la adscripción de Ayuntamientos o Concejos de una zona básica a otra contigua, siempre que concurran circunstancias de índole sanitario-asistencial que lo aconsejen.

En todo caso, en el expediente de modificación deberá constar la preceptiva audiencia de los órganos de participación y representación de las zonas básicas y de los Ayuntamientos o Concejos afectados por la alteración de la demarcación territorial.

Disposición adicional segunda.

El gobierno podrá formalizar convenios con la Comunidad Autónoma Vasca y con las demás Comunidades Autónomas limítrofes para la prestación de servicios sanitarios-asistenciales a determinados núcleos de población, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra y en el artículo 26 del citado texto legal.

Disposición adicional tercera.

La fijación de la plantilla de personal de los equipos de atención primaria se ajustará a los siguientes criterios:

a) La población adscrita a cada Médico de atención primaria oscilará entre 1.000 y 2.000 personas, siendo esta última cifra el límite máximo.
b) La población adscrita a cada A.T.S. de atención primaria oscilará entre 1.000 y 2.000 personas, constituyendo esta última cifra el límite máximo.
c) Todas las zonas básicas de salud dispondrán de cobertura de atención pediátrica, mediante la adscripción o incorporación a los equipos de atención primaria de Pediatros-Puericultores en número acorde con las necesidades de la zona básica de Salud.
d) La población adscrita a cada trabajador social oscilará entre 10.000 y 20.000 personas, constituyendo esta última cifra el límite máximo.
e) Cada equipo de atención primaria contará con el personal polivalente preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro de salud, de acuerdo con las necesidades de cada zona.
f) Los equipos de atención primaria contarán con personal auxiliar de enfermería de atención primaria, en número acorde con las necesidades de cada zona de salud.
g) A fin de salvaguardar la necesaria accesibilidad de la población rural a los equipos de atención primaria, los límites de población anteriormente establecidos podrán disminuirse cuando circunstancias de índole demográfica, geográfica, de comunicación o cualquier otra circunstancia lo hagan necesario.

Disposición transitoria primera.

Los Médicos, Farmacéuticos y A.T.S. titulares transferidos a la Administración del Gobierno de la Comunidad Foral e integrados como funcionarios propios de la misma, así como los que ingresen con ocasión de vacante de dicho personal en las estructuras de atención primaria, quedarán excluidos de la Ley Foral 13/83, de 30 de marzo, reguladora del Estatuto del Personal al servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, y se regirán en cuanto a derechos, deberes, retribuciones y régimen disciplinario, por lo dispuesto en la norma de 16 de noviembre de 1981, reguladora de los Funcionarios Sanitarios Municipales.

Disposición transitoria segunda.

Mientras no sean efectivas las transferencias a Navarra de los Servicios Sanitarios correspondientes a la Seguridad Social, el Gobierno podrá celebrar con el Instituto Nacional de la Salud los convenios y acuerdos necesarios para la implantación y dotación progresiva de las estructuras de atención primaria, así como para la aplicación de los dispuesto en la disposición adicional tercera.

Disposición transitoria tercera.

La jubilación forzosa de los Médicos, Farmacéuticos y A.T.S. titulares, así como de los que resulten transferidos a la Administración del Gobierno de la Comunidad Foral y de los que ingresen con ocasión de vacante en las estructuras de atención primaria, se declarará de oficio al cumplir, o tener cumplida, el funcionario la edad que la normativa vigente tenga establecida para el personal Médico y Auxiliar Sanitario estatutario de la Seguridad Social.

Disposición transitoria cuarta.

1. Los Médicos, Farmacéuticos y A.T.S. titulares que tengan plaza en propiedad, podrán jubilarse, excepcionalmente, en el momento de la implantación de la estructura de atención primaria en su zona básica, acreditando en tal fecha más de 55 años de edad y 25 de servicios efectivos como Médico, Farmacéutico o A.T.S. titular, con los siguientes porcentajes:

Años de servicio	Porcentaje excepcional de jubilación
25	90

Años de servicio	Porcentaje excepcional de jubilación
26	90
27	90
28	90
29	90
30	92
31	94
32	96
33	98
34 y más años	100

2. Los Médicos, Farmacéuticos y A.T.S. titulares que acrediten, en el momento de la implantación de la estructura de atención primaria de su zona básica, más de veinticinco años de servicio efectivo como funcionarios titulares en propiedad, podrán jubilarse, excepcionalmente, con los porcentajes que les correspondan en cada caso en aplicación de las normas generales para los funcionarios municipales.

3. A los efectos de jubilaciones excepcionales previstas en los dos apartados anteriores se tendrán en cuenta, además de los conceptos establecidos con carácter general, los relativos a complementos por especial responsabilidad y asistencia continuada.

4. Los Médicos, Farmacéuticos y A.T.S. titulares que se acojan al régimen excepcional de jubilaciones previsto en esta disposición deberán solicitarlo expresamente ante los Ayuntamientos o Juntas de Partidos respectivos en un plazo no superior a dos meses, contados a partir de la publicación en el «Boletín Oficial de Navarra» del Decreto foral por el que se implante la estructura de atención primaria correspondiente a la zona básica de salud donde se integra su partido sanitario, perdiendo, transcurrido dicho plazo, todo el derecho a acogerse al presente sistema de jubilaciones excepcionales.

5. Las vacantes que se originen como consecuencia de la aplicación de lo dispuesto en los anteriores apartados de esta disposición transitoria, previa su adaptación a las necesidades derivadas de la zonificación que se establece y transformadas, en su caso, en plazas de atención primaria, serán cubiertas por el Gobierno de Navarra mediante concurso-oposición libre. No obstante, tendrán preferencia para solicitar previamente dichas vacantes los funcionarios del Gobierno de Navarra al servicio de la Sanidad Local mediante concurso restringido.

Disposición transitoria quinta.

Los Ayuntamientos o Juntas de Partido, que a la entrada en vigor de esta Ley tengan plazas vacantes de plantilla de personal sanitarios titular cubiertas en régimen de interinidad o contratación temporal, procederán a convocar dichas plazas en el plazo máximo de tres meses, mediante el sistema de concurso-oposición, en turno libre o restringido, a quienes vinieran desempeñando las citadas plazas. A tal efecto, se valorará como mérito en la fase de concurso el ejercicio de la plaza en régimen de interinidad o contratación temporal.

Disposición final primera.

1. Se faculta al Gobierno para dictar las disposiciones necesarias para la ejecución y desarrollo de esta Ley, oyendo, en todo caso, a los Colegios, Sindicatos y Asociaciones de Usuarios afectados por las disposiciones de desarrollo.

2. Sólo por Ley foral podrá establecerse, en el supuesto de que se considere necesario, un Estatuto específico para el personal de las estructuras de atención primaria.

Disposición final segunda.

1. Queda derogada la Norma del Parlamento Foral de Navarra de 19 de febrero de 1981 sobre suspensión de la provisión, en propiedad, de vacantes de Funcionarios Sanitarios titulares.

2. Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo establecido en esta Ley y, en particular, los artículos primero; segundo; tercero, párrafo 1.º, cuarto; séptimo; trigésimo séptimo, en lo referente a casa habitación; disposición final 2.ª en lo referente a donde se dispone que se mantendrá como partidos cerrados afectos asistenciales los menores de

dicha población, existentes a la entrada en vigor de esta norma, o que se establezcan en el futuro a fin de garantizar la asistencia farmacéutica, y disposición final 6.ª de la Norma reguladora de los Funcionarios Sanitarios Municipales, de 16 de noviembre de 1981. En todo caso se respetarán los derechos adquiridos.

Disposición final tercera.

1. Todas las referencias a las demarcaciones territoriales que constituyen el marco de actuación de los Equipos de Salud contenidos en la Norma de 16 de noviembre de 1981, reguladora de Funcionarios Sanitarios Municipales, se entenderán sustituidas por las nuevas denominaciones contenidas en esta Ley.

2. La aprobación por las autoridades sanitarias de los turnos rotativos para la atención continuada, se hará a propuesta de los equipos sanitarios de las respectivas estructuras de atención primaria.

Disposición final cuarta.

Los artículos 15, 17 y 18 de la Norma reguladora de los Funcionarios Sanitarios Municipales, de 16 de noviembre de 1981, quedan redactados en la forma siguiente:

«Artículo 15.

Los partidos médicos tendrán una sola titular. Se considerarán a efectos únicamente asistenciales como partidos cerrados los menores de 2.000 habitantes de hecho.

Artículo 17.

Los partidos farmacéuticos tendrán una sola titular. Se considerarán a efectos únicamente asistenciales como partidos cerrados los menores de 3.000 habitantes de hecho, independientemente del número de municipios o concejos que compongan el partido farmacéutico.

La ubicación de la farmacia titular se decidirá por la Junta de Partido, teniendo en cuenta las necesidades asistenciales de su ámbito territorial. A tal efecto, se considerarán todos los equipamientos de asistencia farmacéutica y servicios de salud pública del partido farmacéutico.

Artículo 18.

Los partidos de A.T.S. tendrán una sola titular. Se considerarán a efectos únicamente asistenciales como partidos cerrados los menores de 2.000 habitantes de hecho.

Los Ayuntamientos y Juntas respectivas quedan obligados a establecer el puesto de A.T.S. titular, no pudiendo ser acumulado en otras profesiones sanitarias. Dentro de la demarcación territorial la Junta de Partido determinará el lugar de la residencia del A.T.S. titular».

Disposición final quinta.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Navarra».

§ 48

Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, reguladora del Programa de Evaluación y Actuación sobre las Listas de Espera Quirúrgicas Programadas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 43, de 9 de abril de 1999
«BOE» núm. 133, de 4 de junio de 1999
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-1999-12497

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral reguladora del Programa de Evaluación y Actuación sobre las Listas de Espera Quirúrgicas Programadas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

La Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, establece los siguientes principios de actuación en el ámbito sanitario: Equidad en el acceso al sistema sanitario, eficiencia social, utilización de todos los recursos sanitarios públicos y privados asociados sirviéndose del mecanismo del concierto, la asistencia sanitaria especializada extrahospitalaria utilizará los recursos asistenciales de la Red Asistencial de Utilización Pública, el Departamento de Salud ejercerá la alta dirección, control y tutela del Servicio Navarro de Salud, los centros hospitalarios serán gestionados descentralizadamente, una Red Asistencial de Utilización Pública, previo concierto con el Servicio Navarro de Salud, la integración de los centros y servicios asistenciales privados en la Red Asistencial de Utilización Pública se llevará a cabo mediante concierto singular con cada entidad o institución.

Garantizar un tiempo de respuesta adecuado ante la demanda de una prestación sanitaria es uno de los aspectos a los que el ciudadano concede un mayor valor y al que los servicios sanitarios pueden y deben dar una adecuada satisfacción, lo que aconseja su regulación legal, completando así el marco de derechos previsto en la citada Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.

La existencia de listas de espera constituye una de las características de los sistemas sanitarios públicos frente a la cual los ciudadanos muestran una especial sensibilidad.

Se producen por un desequilibrio entre la demanda sanitaria y la oferta de servicios siendo inherentes a la sanidad pública y teniendo su origen en la aplicación de la justicia social. Es notorio que no se logrará su desaparición en este sistema sanitario universal de financiación pública. Por ello es preciso garantizar soluciones para su mejora y hacerlas admisibles en un tiempo razonable de mora.

Desde esta óptica, las listas de espera constituyen un mecanismo no de racionamiento sino de racionalización de la atención médica en aras de la eficiencia y la equidad social, pudiendo afirmarse que los pacientes que más esperan son aquellos que, según el juicio facultativo, no presentan patologías que pongan en peligro su supervivencia o de las que vayan a derivarse secuelas.

Dicho esto, no es menos cierto que es preciso establecer las demoras que se consideran técnica y socialmente admisibles, fijando los límites que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha de respetar y, en su caso, garantizar a los ciudadanos navarros.

En este contexto es en el que deben entenderse y plantearse las actuaciones del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea sobre garantía de la asistencia quirúrgica programada en un adecuado periodo de tiempo, respecto de la cual se dispone.

Artículo 1.

Establecida la indicación de intervención quirúrgica por parte del médico de la red sanitaria pública responsable del paciente, ésta deberá practicarse dentro del plazo que reglamentariamente se determine. Transcurrido dicho plazo sin que la intervención se hubiere efectuado, el paciente podrá optar por ser atendido en centros de la Red de Utilización Pública de Navarra o en centros concertados del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 2.

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea elaborará, con periodicidad anual, un programa de evaluación y actuación sobre las listas de espera quirúrgicas de acuerdo con las siguientes directrices:

1.ª Establecerá una demora máxima de carácter genérico, es decir, aplicable a la totalidad de los centros, servicios y especialidades quirúrgicas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

2.ª Planteará las actuaciones precisas tanto desde la perspectiva de flexibilización y adecuación de la oferta de servicios como desde la regulación de la demanda incidiendo especialmente en los factores que determinan la variabilidad de la práctica clínica y en la evaluación coste/efectividad de los procedimientos.

3.ª Se utilizarán con carácter preferente los centros y servicios de titularidad pública y, con carácter subsidiario, la derivación a centros concertados.

4.ª Establecerá los mecanismos de seguimiento y control que permitan evaluar el impacto de las actuaciones realizadas y el grado de cumplimiento de los compromisos de demora establecidos.

La Memoria anual del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea recogerá una exposición detallada del programa de evaluación y actuación sobre las listas de espera quirúrgicas y sobre los resultados obtenidos.

Disposición final.

La presente Ley Foral entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Navarra».

§ 49

Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 87, de 16 de julio de 2008
«BOE» núm. 199, de 18 de agosto de 2008
Última modificación: 30 de diciembre de 2011
Referencia: BOE-A-2008-13954

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral de Garantías de Espera en Atención Especializada.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, correspondiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante las medidas preventivas, las prestaciones y los servicios necesarios.

Dentro del ámbito territorial de la Comunidad Foral de Navarra, los artículos 53 y 54 de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, confieren a nuestra Comunidad las competencias de desarrollo legislativo en materia de sanidad e higiene, y de desarrollo ejecutivo en materia de gestión en asistencia sanitaria.

Por otro lado, la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, promulgada dentro de este marco competencial, establece la universalización de la atención sanitaria, sin discriminación alguna, para toda la ciudadanía de Navarra, bajo los principios especificados en su artículo 4 de una concepción integral de la salud, eficiencia, equidad, descentralización, calidad y humanización en la prestación, participación, libertad, y de planificación y utilización de los recursos, afectando, en concreto, el principio de equidad a la garantía de igualdad en las condiciones de acceso al sistema sanitario, eliminando cualquier impedimento en términos de tiempo.

Sin embargo, aun cuando la precitada Ley Foral comprende y desarrolla los derechos de la ciudadanía ante los servicios sanitarios, es necesaria una normativa específica que haga efectivo el derecho a la atención sanitaria especializada cuando esta tenga carácter programado y no urgente, garantizando unos plazos máximos de respuesta y complementando, a su vez, tanto la Ley Foral de Salud como la Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, reguladora del Programa de Evaluación y Atención sobre Listas de Espera Quirúrgicas. Se pretende con ello la mejora en la calidad en los servicios prestados a la ciudadanía, estipulando los tiempos de espera que se estimen aceptables en cuanto al procedimiento y en cuanto a la dignidad del paciente. No obstante, si pese a las mejoras referidas se

rebasaran los tiempos de espera previstos, la presente Ley Foral establece una garantía adicional que asegura a la ciudadanía la atención sanitaria requerida, así como el derecho a la información sobre esta atención especializada.

Es obvio que la existencia de listas de espera conforma una serie de problemas para los ciudadanos, quienes presentan una especial sensibilidad ante esta situación. De ello se desprende que asegurar un tiempo de respuesta adecuado ante la demanda de un servicio de prestación sanitaria es uno de los aspectos a los que la ciudadanía asigna un mayor valor y al que los servicios sanitarios pueden y deben dar una pertinente satisfacción.

Esta Ley pretende aportar soluciones a los desequilibrios entre la demanda sanitaria y la oferta de servicios sanitarios públicos y garantizar a la ciudadanía de Navarra unos tiempos de espera admisibles, fijando unos límites que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha de respetar.

Mediante la presente Ley Foral se pretende hacer efectivo el derecho a la atención sanitaria especializada cuando esta tenga carácter programado y no urgente y se garantiza el derecho a la información sobre esta atención sanitaria especializada.

Es en este contexto en el que deben entenderse las actuaciones del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea sobre garantía de la asistencia sanitaria especializada programada en un adecuado período de tiempo.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley Foral.*

La presente Ley Foral tiene por objeto establecer garantías de respuesta en la atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en lo referido a las intervenciones quirúrgicas, acceso a consultas externas y pruebas diagnósticas en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Artículo 2. *Beneficiarios.*

Serán beneficiarios de las garantías establecidas en esta Ley Foral las personas que residan en Navarra. Será requisito indispensable para ser beneficiario de las garantías previstas en la presente Ley Foral estar inscrito en el Registro de pacientes en lista de espera previsto en el artículo 8.

TÍTULO II

Tiempos de respuesta

Artículo 3. *Plazos máximos de espera.*

1. Los pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Navarra, serán atendidos dentro de los plazos que se establecen a continuación:

a) Consultas de atención especializada, se garantiza un plazo máximo de 30 días desde la solicitud del facultativo.

b) Consultas preferentes, se garantiza un plazo máximo de 10 días desde la solicitud del facultativo.

c) Pruebas diagnósticas programadas no urgentes, se garantiza un plazo máximo de 45 días desde la fecha de indicación facultativa.

d) Intervenciones quirúrgicas, se garantiza un plazo máximo de 120 días desde la fecha de indicación facultativa. En cirugía cardiaca se garantiza un plazo máximo de 60 días.

e) Intervenciones quirúrgicas cuya espera no implique empeoramiento para la salud del paciente, un máximo de 180 días.

2. Los períodos establecidos en el apartado anterior se entienden por días hábiles, es decir, excluidos domingos y festivos.

3. En intervenciones quirúrgicas programadas y no urgentes, están garantizados todos los procedimientos y técnicas que se presten en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Se establecerán reglamentariamente aquellos procedimientos quirúrgicos para los que el plazo máximo es de 120 días.

4. En consultas externas programadas estarán garantizadas las consultas de asistencia especializada que no tengan la consideración de revisiones siempre que la espera para la revisión no implique un empeoramiento para la salud del paciente.

Se entiende por revisión la efectuada a un paciente para el seguimiento de una entidad patológica determinada y en la misma especialidad.

5. En pruebas diagnósticas estarán garantizadas todas las pruebas que se realicen en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

6. Se fijarán mediante Reglamento los procedimientos y especialidades del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a que hacen referencia las modalidades antes descritas.

7. Quedan excluidos de esta Ley Foral de garantías de tiempos de espera los procedimientos que se deban aplicar a los procesos que requieran atención urgente, que deberán ser atendidos con dicho carácter.

Artículo 4. *Elección del centro.*

1. Los pacientes tendrán derecho a elegir el centro para ser atendidos dentro de la red pública de servicios sanitarios propios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

2. Si se prevé que el paciente no va a poder ser asistido dentro de los plazos señalados en el artículo anterior, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea deberá informarle de tal extremo y le ofertará al efecto, otros centros del Sistema Sanitario Público de Navarra o, en su defecto, y de manera subsidiaria, otros centros concertados con el Sistema Sanitario Público al objeto de cumplir con los tiempos máximos de respuesta establecidos en la presente Ley Foral.

Artículo 5. *Sistema de garantías.*

1. En el caso de que se superen los tiempos de espera fijados en el artículo 3 de esta Ley Foral, el paciente podrá requerir del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea atención sanitaria preferente y prioritaria según lo previsto en el artículo anterior.

2. En el supuesto previsto en el apartado anterior, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea estará obligado, a requerimiento del paciente, a dar respuesta inmediata de atención sanitaria, en cualquiera de los centros sanitarios de la red pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o en su defecto, y de manera subsidiaria, en centros concertados con el sistema sanitario Público.

Artículo 6. *Causas de pérdida o de suspensión de la garantía.*

1. El plazo máximo de respuesta en la atención sanitaria especializada quedará suspendido mientras persista la causa que motivó tal situación, en los siguientes supuestos:

a) A petición del paciente que, alegando motivos justificados y sin renunciar a la atención sanitaria que se le oferte, solicite el aplazamiento de la intervención quirúrgica, de la consulta o de la prueba diagnóstica.

b) Cuando concurra causa clínica que justifique la demora del proceso de atención sanitaria.

2. Son causas de pérdida del derecho a la garantía de atención sanitaria especializada las siguientes:

a) Que el paciente se niegue o no haga acto de presencia a la citación correspondiente, sin causa justificada.

b) Que el paciente demore la citación de manera injustificada.

c) Que el paciente rechace la oferta del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para la elección de centro.

3. Se desarrollarán reglamentariamente las situaciones personales de causa justificada a las que se refiere este artículo.

TÍTULO III

Sistemas de información sobre listas de espera

Artículo 7. *Sistema de información.*

1. El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea facilitará información mensual, a través de la página Web del Gobierno de Navarra y otros medios oficiales de comunicación a los que tienen acceso todos los ciudadanos, sobre el número de pacientes y la espera media para los distintos procedimientos quirúrgicos, consultas externas y pruebas diagnósticas, en cada uno de los centros y Servicios del Sistema Sanitario Público navarro.

2. El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea cumplirá lo dispuesto el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo, de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de lo dispuesto en esta Ley Foral o en otras posteriores que se aprueben para el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra. La información sobre las listas de espera se ajustará a lo establecido en la normativa básica y en los Reales Decretos aplicables en cada momento.

Artículo 8. *Registro.*

Se crea el Registro de pacientes en listas de espera de Navarra adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que cumplirá lo dispuesto en el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo. La información sobre las listas de espera se ajustará a lo establecido en la normativa básica y en los Reales Decretos que resulten de aplicación en cada momento.

En este registro se inscribirán todos los pacientes que soliciten una atención especializada de carácter programado y no urgente, siempre cumpliendo con la Ley de Protección de Datos.

La organización y funcionamiento del Registro se establecerá reglamentariamente teniendo en cuenta lo dispuesto en la Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, por la que se regula el programa de evaluación y actuación sobre listas de espera quirúrgicas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Artículo 9. *Informe.*

La Consejería de Salud elaborará un informe semestral de listas de espera cumpliendo el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, en el que se incluirán otros datos que se estimen oportunos como pueden ser el número de pacientes acogidos al sistema de garantías por haber superado los tiempos máximos garantizados por esta Ley Foral y los centros utilizados para este fin. Dicho informe será presentado en el Parlamento de Navarra. La información sobre las listas de espera se ajustará a lo establecido en la normativa básica y en los Reales Decretos aplicables en cada momento.

Disposición adicional primera. *Puesta en funcionamiento del Registro de Pacientes.*

Reglamentariamente se determinará la puesta en funcionamiento del Registro de pacientes en lista de espera del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Disposición adicional segunda. *Inscripción en el Registro de Pacientes.*

Se posibilitará la inscripción de oficio, en el Registro de Pacientes en Listas de Espera de Navarra, de todos aquellos pacientes que, a la entrada en vigor de esta Ley Foral, se encuentren en lista de espera de primera consulta, prueba diagnóstica o intervención quirúrgica.

Disposición transitoria única. *Implantación.*

La presente Ley Foral se desarrollará de forma progresiva. Los diferentes centros de asistencia especializada de la Red Sanitaria Pública de Navarra deberán adecuar su

estructura organizativa y sistemas de citación para que antes de que finalice el año 2008 se garanticen los plazos máximos recogidos en el artículo 3 de la presente Ley Foral.

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario.*

Se faculta al Gobierno de Navarra para que, en el plazo de tres meses a partir de la entrada en vigor de esta Ley Foral, elabore el desarrollo reglamentario previsto en la misma.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

Esta Ley Foral entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Navarra».

§ 50

Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero, sobre atención sanitaria, continuada y urgente

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 38, de 25 de febrero de 2013
«BOE» núm. 58, de 8 de marzo de 2013
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2013-2561

LA PRESIDENTA DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral sobre atención sanitaria, continuada y urgente.

La modernización de los hospitales y centros sanitarios iniciada en los años setenta del pasado siglo, junto con la reforma de la atención primaria desarrollada a partir de las recomendaciones de la OMS y plasmada en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y, en Navarra, en la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, sentaron los pilares de un sistema público sanitario de acceso universal, gratuito y de calidad contrastada, reconocido desde entonces en todo el mundo. Para mediados de los años noventa el 95 por 100 de la población navarra era atendida en los nuevos centros de salud y, por lo tanto, se beneficiaba de las actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, asistencia y rehabilitación.

La asistencia de las urgencias vitales, sin embargo, siguió vinculada a los hospitales hasta la puesta en marcha del Plan de Urgencias de Navarra aprobado en 1997. Desde entonces, la red de ambulancias medicalizadas presta asistencia especializada en el lugar donde ocurra el siniestro, sea por enfermedad o accidente, y el personal sanitario de las zonas rurales complementa esta atención en los ámbitos más alejados de los grandes núcleos urbanos.

En el año 2008 se creó el Servicio de Urgencias Rurales (SUR) que, sin suponer un gran avance organizativo, mejoró las condiciones laborales del personal de urgencias médicas rurales y permitió una mejor atención facilitando la presencia física de estos profesionales en los puntos de atención continuada.

El Decreto Foral 131/2012, de 19 de diciembre, por el que se regulan el horario y el funcionamiento de los centros sanitarios de Atención Primaria, de los Puntos de Atención Continuada y Urgente, y las modalidades de atención continuada y urgente, supone por primera vez un retroceso en la prestación sanitaria ofertada a la ciudadanía navarra, dado que implica el desmantelamiento del actual sistema de urgencias destinado a la población rural y a la red viaria de la comunidad. Dicha norma confunde la atención sanitaria continuada y urgente, mezclando problemas y necesidades radicalmente diferentes, y deteriora el nivel de las prestaciones que se habían ido implantando para la ciudadanía de Navarra a través de la citada Ley Foral 10/1990, de los Decretos Forales 29/1997, de 10 de

febrero, y 8/2011, de 7 de febrero, sobre transporte sanitario por carretera de Navarra, del Decreto Foral 343/1997, de 24 de noviembre, por el que se regula la asistencia sanitaria de urgencia extrahospitalaria en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra, y el Acuerdo sobre modelo de organización de los servicios de urgencias médicas en el ámbito rural de marzo de 2008 entre el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y las organizaciones sindicales.

Con la aplicación de ese Decreto Foral se pone en riesgo la seguridad de las personas residentes en las zonas rurales y de los usuarios de la red viaria de Navarra con la única justificación de un pretendido ahorro de costes, que por otra parte no es real. Se desaprovecha la oportunidad de estudiar modelos más efectivos y, a la vez, más eficientes que permitan continuar mejorando la asistencia a las urgencias vitales en el medio rural. Es evidente que el actual modelo de atención primaria y urgente de la zona rural tiene aspectos mejorables, pero el Decreto Foral 131/2012 no contribuye a su corrección sino que, por el contrario, se opone a los principios de equidad en los niveles de salud e igualdad en las condiciones de acceso al sistema sanitario para todos los ciudadanos, descentralización y participación en la gestión, calidad y humanización de la asistencia sanitaria y participación de la comunidad que se contienen en el artículo 4 de la Ley Foral de Salud.

La presente Ley Foral pretende ofrecer una alternativa al cambio que supone dicho Decreto Foral con la elaboración de un nuevo modelo a través de un procedimiento que procure la mayor participación y consenso sociales.

Artículo único.

1. El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra realizará una evaluación de las necesidades de la población de las zonas rurales de Navarra en relación con la atención sanitaria y de las ineficiencias del modelo de la atención continuada y urgente y elaborará un Plan de funcionamiento de los centros sanitarios de atención primaria y de las modalidades de atención continuada y urgente con participación de los profesionales sanitarios, de las entidades locales y de los colectivos sociales relacionados con dicha materia procurando el mayor consenso posible.

2. El Gobierno de Navarra remitirá el Plan mencionado en el apartado anterior al Parlamento de Navarra en el plazo máximo de un año para su debate y aprobación.

Disposición transitoria única.

1. En tanto no se apruebe el Plan a que se refiere el artículo único de esta Ley Foral y no sea modificada o derogada seguirá siendo de aplicación la normativa reglamentaria vigente en el momento de la entrada en vigor del Decreto Foral 131/2012, de 19 de diciembre.

2. En su caso, los procedimientos administrativos iniciados conforme al Decreto Foral 131/2012, de 19 de diciembre, y que no hayan recibido resolución definitiva serán resueltos de conformidad con la normativa anteriormente vigente a su entrada en vigor.

Disposición derogatoria única.

Queda derogado el Decreto Foral 131/2012, de 19 de diciembre, por el que se regulan el horario y el funcionamiento de los centros sanitarios de atención primaria, de los puntos de atención continuada y urgente, y las modalidades de atención continuada y urgente.

Disposición final única.

La presente Ley Foral entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Navarra».

Yo, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, promulgo, en nombre de S.M. el Rey, esta Ley Foral, ordeno su inmediata publicación en el «Boletín Oficial de Navarra» y su remisión al «Boletín Oficial del Estado» y mando a los ciudadanos y a las autoridades que la cumplan y la hagan cumplir.

§ 51

Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud Escolar

Comunidad Autónoma de Aragón
«BOA» núm. 120, de 1 de diciembre de 1986
«BOE» núm. 304, de 20 de diciembre de 1986
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-1986-33110

EL PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN

Hago saber: Que las Cortes de Aragón han aprobado y yo, en nombre del Rey y por la autoridad que me confieren la Constitución y el Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud, estableciendo como competencia de los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de los servicios necesarios.

Asimismo, en el artículo 35, apartado 20, del Estatuto de Autonomía de Aragón se determinan como competencias exclusivas de esta Comunidad Autónoma la sanidad e higiene. En este sentido, mediante el Real Decreto 331/1982, de 15 de enero, se hizo efectiva la asunción de competencias y la transferencia real a esta Comunidad Autónoma de los servicios administrativos necesarios para el ejercicio de las competencias en materia de protección y promoción de la salud escolar.

A tal efecto, el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Aragón entiende necesaria la potenciación de las acciones conducentes a alcanzar el más alto grado posible de bienestar y, por ello, la promoción de la salud durante uno de los periodos de mayor trascendencia para el individuo y la Comunidad como es la etapa escolar.

Dado el vacío legal que existe en torno a la salud escolar, y en concordancia con los principios que sobre esta materia establece la Ley General de Sanidad y demás normativa estatal al respecto, resulta necesario proceder a elaborar una Ley de Salud Escolar, como instrumento eficaz para la promoción de la salud.

Se pretende crear, así, el marco jurídico apropiado para la ejecución de actividades sanitarias necesarias en este terreno. Para conseguir el máximo de eficacia, eficiencia y equidad, dichas actividades deben partir del conocimiento del estado de salud de la población escolar.

La separación que tradicionalmente se ha producido en la organización sanitaria española entre las actividades de medicina preventiva y las asistenciales, por provenir de estructuras e instituciones diferentes, ha dado lugar a evidentes lagunas y duplicidades y, al mismo tiempo, a planteamientos no acordes con la realidad biopsicosocial del escolar.

Los problemas de salud escolar deben ser contemplados con carácter integral desde una perspectiva multidisciplinar, implicando tanto al personal sanitario, fundamentalmente en los niveles de atención primaria de salud, como al personal docente y al resto de la comunidad, sin perjuicio de que se utilicen otros recursos de la Comunidad Autónoma cuando situaciones concretas así lo requieran.

La educación para la salud, como proceso de maduración crítica tendente a la responsabilización de las personas y grupos sociales en la defensa y promoción de la salud, constituye un área de especial relevancia a desarrollar en el marco escolar. Se fundamenta tanto por razón educativa, realizada desde la perspectiva de una escuela abierta a los problemas reales que capacita a sus escolares a vivir constructivamente en su entorno social como por motivos sanitarios, dada su contribución a la modificación de estilos de vida y de factores ambientales, tanto físicos como sociales, que influyen directa e indirectamente en la salud.

La educación para la salud, en este contexto, irá encaminada a proporcionar un método que desarrolle la mentalidad crítica de los escolares en orden a examinar y eliminar los riesgos para la salud y a promover la participación activa de la comunidad escolar en la promoción de la salud.

Otra área que pretende desarrollar esta norma corresponde a los exámenes en salud, de gran interés en esta etapa de la vida caracterizada por el crecimiento y desarrollo, para detectar presuntos riesgos y alteraciones, identificando los individuos o grupos especialmente considerables en sus estadios más precoces y, por lo tanto, antes de que puedan producir alteraciones irreversibles o conlleven la utilización de servicios de mayor complejidad y coste.

El marco de salud escolar descrito quedaría incompleto sin referirnos al medio ambiente escolar, que debe contemplar no sólo el emplazamiento, locales, instalaciones y condiciones de seguridad, sino también los servicios de saneamiento, recreativos y deportivos, comedores, enfermería, transporte escolar y otros.

En consecuencia, para que los objetivos de esta Ley puedan alcanzarse satisfactoriamente, es imprescindible la participación de todas las partes implicadas en la comunidad escolar.

Artículo 1.

1. La presente Ley será de aplicación a todos los centros docentes, públicos y privados, ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón, en sus niveles docentes de Educación Preescolar, Educación General Básica, Educación Especial, Bachillerato Unificado Polivalente y Formación Profesional de primero y segundo grado.

Asimismo, se aplicará esta Ley a los centros escolares que puedan ser declarados como tales por la legislación vigente en cada caso.

2. Lo dispuesto en la presente Ley será de observancia obligatoria para:

a) Los alumnos de los niveles anteriormente citados, así como a los padres, tutores o personas responsables de los mismos.

b) El personal directivo, profesores, personal no docente y titulares de centros en que se imparten dichos niveles.

c) El personal sanitario local, así como aquellos integrantes de los equipos de atención primaria existentes en el ámbito de la comunidad escolar.

Artículo 2.

Corresponde a la Diputación General de Aragón, a través del Departamento competente por razón de la materia, la planificación, dirección, control e inspección de las actividades reguladas en la presente Ley, sin perjuicio de las competencias que la legislación vigente concede al Estado y a las Corporaciones locales.

Artículo 3.

1. El ejercicio de las funciones previstas en la presente Ley tiene como finalidad la conservación y fomento de la salud escolar en sus vertientes física, mental y social, mediante la provisión de los recursos sanitarios y medios preventivos suficientes.

2. La educación para la salud en el medio escolar constituye la acción sanitaria fundamental, encaminada a promover la incorporación y maduración de informaciones, actitudes y hábitos positivos para la salud, buscando desarrollar la responsabilidad y participación de la comunidad escolar en la gestión colectiva de la salud.

Artículo 4.

1. A los efectos del artículo anterior, serán objeto de educación para la salud:

a) La población escolar, fomentando en la misma hábitos y conductas que incidan de una manera positiva sobre la salud.
b) El personal docente.
c) Los alumnos de las Escuelas Universitarias de Formación del Profesorado de EGB.
d) El personal no docente de los centros de enseñanza.
e) Los familiares de los escolares.

2. El contenido de los programas de la educación para la salud se ajustará a las necesidades que en cada momento se determinen por la Diputación General de Aragón a través del Departamento correspondiente, tomando en consideración las informaciones y propuestas de las comisiones de salud escolar y del Comité Aragonés de Educación para la Salud en la Escuela, contemplados en los artículos 16 y 17 de la presente Ley.

Artículo 5.

Para detectar las anomalías que pudieran afectar a la salud del escolar, se realizarán los exámenes de salud o reconocimientos sanitarios con la periodicidad y en la forma que reglamentariamente se determine.

Artículo 6.

1. Los datos más relevantes de los exámenes de salud practicados en la etapa escolar, así como cualquier incidencia que en dicho periodo pueda revestir interés para la promoción de la salud del alumno, se recogerán en la documentación que reglamentariamente se determine.
2. Los alumnos de nuevo acceso a un centro aportarán un informe elaborado con carácter gratuito por el equipo de atención primaria o personal sanitario de la zona de salud correspondiente. A idénticos efectos podrá presentarse el documento de salud infantil debidamente actualizado.

Artículo 7.

Por el Departamento competente de la Diputación General de Aragón se establecerán las actividades sanitarias a desarrollar para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles que se centrarán en los aspectos siguientes:

a) Identificación de las fuentes de infección.
b) Control de los mecanismos de transmisión.
c) Ejecución de las medidas sanitarias que se consideren necesarias tendentes a conseguir los objetivos reseñados en el presente artículo.

Artículo 8.

Las acciones encaminadas a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles se centrarán principalmente en los aspectos siguientes:

a) Identificación de los grupos de riesgo dentro de la comunidad escolar.
b) Información, educación y control sobre los factores de riesgo que influyen sobre las alteraciones de la salud del escolar.
c) Detección precoz de las desviaciones del estado de salud del escolar, en especial aquéllas más sensibles a los programas de intervención.

Artículo 9.

Las actuaciones en materia sanitaria, a excepción de las de carácter estrictamente terapéutico o individual, que se realicen en una comunidad escolar deberán contar con la autorización del Departamento competente de la Diputación General de Aragón.

Artículo 10.

1. Los edificios e instalaciones escolares serán objeto de control mediante la inspección y vigilancia por parte de la autoridad sanitaria autonómica correspondiente, de acuerdo con la normativa vigente sobre la materia, proponiendo a los organismos competentes la corrección de las anomalías que pudieran detectarse.
2. En cada centro existirá necesariamente, para prestaciones higiénico-sanitarias y de primera urgencia, el equipamiento preciso, cuyo contenido mínimo será determinado reglamentariamente.

Artículo 11.

1. Los padres, tutores o responsables del alumno, como copartícipes de las responsabilidades de la formación del escolar, deberán colaborar con la Administración Sanitaria, tanto facilitando la información que les sea requerida como en las actuaciones de promoción de la salud o autorizando la realización de exámenes de salud y otras actividades del programa.
2. La negativa a la aplicación individual de alguna de las actuaciones comprendidas en el programa de salud escolar aprobado por la Comunidad Autónoma deberá ser formulada por escrito. La Administración sanitaria autonómica podrá aceptar esta negativa siempre que no suponga riesgo para la salud del resto de la comunidad escolar.

Artículo 12.

1. El personal docente y no docente aportará al incorporarse a sus funciones un informe médico sobre su estado de salud y se someterá a los exámenes de salud en la forma y características que se determinen por la Diputación General de Aragón.
2. El personal no docente que preste sus servicios en comedores escolares deberá reunir los requisitos exigidos por las normas vigentes en la materia.

Artículo 13.

Corresponde al Director del Centro:

1. Facilitar la ejecución de las acciones sanitarias contempladas en esta Ley con todos los medios a su alcance.
2. Comprobar el cumplimiento de las obligaciones asignadas al personal docente y no docente.
3. Comunicar a la Diputación General de Aragón las anomalías que se produzcan en la ejecución de los programas de salud escolar que se realicen en el centro.
4. Poner en conocimiento de la Administración Sanitaria autonómica cualquier incidencia de tipo epidemiológico de los programas de salud de la comunidad escolar.
5. Velar por la cumplimentación, archivo y custodia, en condiciones de confidencialidad, de la documentación que se exija por el desarrollo reglamentario de esta Ley.
6. Vigilar el estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes sobre el consumo de tabaco en centros escolares, así como la delimitación de los espacios destinados a fumadores.

Artículo 14.

Corresponde a la Diputación General de Aragón, a través del Departamento competente por razón de la materia:

a) La adopción de medidas sanitarias específicas en los centros, en base a situaciones epidemiológicas concretas.

b) La clausura temporal de los centros escolares comprendidos en el ámbito de esta Ley cuando en aquéllos existan situaciones sanitarias que supongan grave riesgo para la salud pública.

Artículo 15.

Las acciones sanitarias que se regulan en esta Ley serán realizadas por el personal sanitario perteneciente a los equipos de atención primaria que existan dentro de la respectiva zona de salud.

La Diputación General de Aragón, cuando sea necesario, arbitrará los medios personales y materiales adecuados para el mejor resultado de dichas

Artículo 16.

Se crea el Comité Aragonés de Educación para la Salud Escolar, como Órgano consultivo y de asesoramiento adscrito al Departamento competente de la Diputación General de Aragón.

Las funciones del Comité serán:

Promover el marco y las condiciones necesarias para la integración de la educación para la salud en el currículum escolar.

Informar y asesorar sobre las líneas prioritarias y establecer los criterios generales de planificación y actuación de los programas de educación para la salud.

Fomentar y orientar la formación de base y continuada en educación para la salud de los colectivos profesionales, personal docente y sanitario, fundamentalmente, que trabajen y tengan relación con la comunidad escolar.

Coordinar iniciativas que procedan de diferentes entidades y organismos encaminadas a los programas de educación para la salud en la escuela. Promocionar estudios e investigaciones.

La composición y funcionamiento de dicho Comité se determinarán reglamentariamente.

Artículo 17.

1. Al objeto de potenciar al máximo la participación de la comunidad escolar en la acción sanitaria se constituirá en cada Centro una Comisión de Salud Escolar. Dicha Comisión será presidida por el Director del Centro y estará constituida por representantes del personal docente y no docente, padres de alumnos, alumnos, personal sanitario del equipo de atención primaria o personal sanitario de la zona de salud donde esté ubicado el Centro y del Ayuntamiento respectivo.

2. Serán funciones de la Comisión de Salud Escolar:

a) Detectar los problemas de salud existentes en el Centro.

b) Programar las actividades sanitarias del Centro conducentes a la solución de los problemas de la salud detectados.

c) Informar a las autoridades sanitarias competentes de los problemas detectados y de las actividades sanitarias programadas por la Comisión.

d) Cuidar de la correcta aplicación de los programas sanitarios que con carácter general se establezcan por la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Artículo 18.

1. El costo de desarrollo de los programas y actividades a las que se refiere la presente Ley será financiado por la Comunidad Autónoma de Aragón con cargo a sus propios presupuestos, siempre que los Centros docentes utilicen los medios humanos y materiales de la Diputación General de Aragón.

2. Los Centros docentes que en el desarrollo de las actividades contempladas en la presente Ley utilicen servicios sanitarios por ellos contratados, los financiarán con sus propios recursos. En todo caso se atendrán a lo dispuesto en los artículos 2 y 9 de la presente Ley.

Artículo 19.

Los Ayuntamientos colaborarán dentro de su competencia y ámbito territorial en la ejecución y control de las actividades reguladas por la presente Ley.

Artículo 20.

1. El incumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley será sancionado de acuerdo con la normativa legal vigente, previa la incoación del correspondiente expediente.
2. Se considerarán faltas graves sin perjuicio de lo establecido en la legislación vigente:

a) El incumplimiento de las funciones programadas por la Diputación General de Aragón.
b) El entorpecimiento a la realización de acciones sanitarias ordenadas por la autoridad sanitaria.
c) La realización de acciones sanitarias sin contar con la autorización a que se refiere el artículo 9.

Disposición transitoria.

En tanto no se constituyan los equipos de atención primaria en las zonas de salud de la Comunidad Autónoma, la Diputación General de Aragón proporcionará los recursos humanos suficientes para la ejecución de lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final.

Se faculta a la Diputación General de Aragón para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

§ 52

Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria

Comunidad Autónoma de Cantabria
«BOCT» núm. 105, de 24 de mayo de 1996
«BOE» núm. 171, de 16 de julio de 1996
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-1996-16125

EL PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN REGIONAL DE CANTABRIA

Conózcase que la Asamblea Regional de Cantabria ha aprobado y yo, en nombre de Su Majestad el Rey, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 15.2 del Estatuto de Autonomía para Cantabria, promulgo la siguiente Ley de Cantabria 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La asistencia psiquiátrica ha experimentado en los últimos años importantes cambios conceptuales que han alumbrado un nuevo modelo de atención a la salud mental. La definición del modelo y la regulación de los servicios contemplados en la Ley siguen las recomendaciones de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica y en consonancia en el capítulo III, artículo 20 de la Ley General de Sanidad referido a la Salud Mental.

Este nuevo modelo está basado en las siguientes premisas fundamentales:

Constituye una función integral que aborda tareas preventivas, asistenciales, rehabilitadoras, de reinserción social y de promoción de la salud mental; evita discriminaciones, integrando los cuidados de la salud mental en la Red Sanitaria General y en el entorno del paciente, asegurando una estrecha coordinación entre los Servicios Sanitarios y Sociales; garantiza el mayor nivel de eficacia y coordinación organizando la atención en torno a sectores de población agrupados según el mapa sanitario regional, de la que se responsabilizan de forma integral y continuada los equipos multiprofesionales de la Salud Mental de cada Área de Salud.

La presente Ley pretende regular en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria las actuaciones que, en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental, sean necesarias para alcanzar el modelo anteriormente expuesto, respetando las competencias de otras Administraciones Públicas, pero sin olvidar la necesaria colaboración de todas ellas.

Por otra parte, la materia regulada en la presente Ley es de indudable competencia de la Comunidad Autónoma, pues así se establece en el propio Estatuto de Autonomía para Cantabria, cuyo artículo 23 prevé que, entre otras competencias, corresponde a la Diputación Regional de Cantabria el desarrollo legislativo y la ejecución de la «Sanidad-Higiene», y, en este sentido, se manifiesta respecto de la Sanidad Mental el apartado B, 1H

del Real Decreto 2030/1982, de 24 de julio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma en materia de Sanidad.

Asimismo, la Ley de Salud Mental debe promover y apoyar a los grupos y asociaciones sociales dirigidos a colaborar en la consecución de los objetivos de esta Ley, coordinando sus actuaciones con las que la propia norma recoge en su articulado.

Artículo 1.

1. La asistencia psiquiátrica y la salud mental, de competencia de la Diputación Regional de Cantabria, se integran en la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, que las ejercerá a través del Servicio Regional de Salud Mental de Cantabria.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entiende sin perjuicio de las demás competencias del Estado, que le son propias, o de las compartidas, a través de cauces de cooperación y colaboración mutua.

Artículo 2.

El Servicio Regional de Salud Mental asumirá las competencias de planificación, dirección, control, evaluación y coordinación de la asistencia psiquiátrica de la salud mental, así como la gestión de los centros y servicios dependientes en esta materia de la Diputación Regional de Cantabria, de acuerdo con la Ley General de Sanidad.

Artículo 3.

El Servicio de Salud Mental de la Diputación Regional de Cantabria desarrollará las competencias de gestión, planificación, coordinación y evaluación del Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en colaboración con las distintas Administraciones Públicas con competencias en la materia, y asumirá la gestión de los recursos que en este campo provea la Diputación Regional de Cantabria.

Artículo 4.

1. El Servicio de Salud Mental elaborará un plan regional de atención a la salud mental al que se ajustarán todos los servicios de atención psiquiátrica y salud mental, de acuerdo con el mapa sanitario de Cantabria y coherente con el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad.

2. El Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica deberá estar dirigido no sólo a actividades terapéuticas y rehabilitadoras, sino que deberá definir funciones preventivas y de promoción de la salud, y todo ello para las distintas edades y grupos de población. Asimismo, esta planificación deberá tener en cuenta las necesidades de formación y reciclaje de los profesionales, en orden a una permanente actualización de conocimientos.

3. En el Área de Salud Mental, donde no exista alguno de los recursos necesarios para el desarrollo del Plan, éste contemplará en el momento de su aprobación las previsiones y mecanismos para su creación en colaboración con las distintas Administraciones Públicas.

4. En el Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica se establecerán las medidas de fomento, apoyo y coordinación de los colectivos sociales relacionados con dichos objetivos.

5. La aprobación por el Consejo de Gobierno del Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, así como su redacción por el Servicio correspondiente, requerirá de informe previo de las organizaciones sociales más representativas.

6. La planificación deberá tener en cuenta las necesidades de formación y reciclaje de los profesionales, en orden a una permanente actualización de conocimientos.

Artículo 5.

La asistencia inicial de todos los problemas de salud mental generados en las distintas áreas de salud corresponde a los Equipos de Atención Primaria que, entre otras funciones, asumen las siguientes:

a) Identificar los problemas psicológicos y psiquiátricos y las necesidades de salud mental de su área.

b) Establecer y ejecutar el plan individualizado y asistencial necesario mediante la asistencia y seguimiento propio, contando con el asesoramiento de las unidades de apoyo específicas de Atención Primaria o la derivación a las mismas.

c) Participar en la elaboración y desarrollo de los programas específicos.

d) Colaborar con el personal del Centro de Salud Mental en las tareas específicas de formación e investigación.

e) Evaluación del sistema autonómico de salud mental.

Artículo 6.

1. Las unidades de salud mental son los elementos asistenciales de carácter básico en la Red de Salud Mental.

2. Están integrados por profesionales pertenecientes a las disciplinas médicas, psicológicas, de enfermería y de trabajo social y su actividad, que se desarrollará tanto ambulatoria como hospitalariamente, asegurará la continuidad de los cuidados y comprenderá:

a) Apoyar y asesorar a los equipos de atención primaria del territorio asignado.

b) Atender a los pacientes que les sean remitidos, en el ámbito del territorio asignado.

c) Dar cobertura a los Servicios de Urgencia, así como a la atención de pacientes o grupos de crisis durante el período que se determine.

d) Desarrollar los programas y actividades orientados hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

e) Apoyar y asesorar a otras unidades asistenciales, sociales y educativas del área territorial.

f) Cooperar en la reinserción social y desinstitucionalización de los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico.

g) Desarrollar actividades de formación e investigación en las condiciones que se determinen en los programas al objeto de favorecer la cualificación profesional, promover la mejora de la calidad asistencial y garantizar la evolución de los programas desarrollados.

h) Prestar la asistencia en la comunidad.

3. Las Unidades de Salud Mental Comunitarias actuarán en distritos o sectores de acuerdo con los criterios que se establezcan en el Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

Artículo 7.

Los Centros de Día, los Centros de Medio Camino, los Talleres Terapéuticos, los Pisos Tutelados, los Programas de Integración Social y Laboral y la Asistencia a Domicilio y de Sustitución son estructuras intermedias que permitirán a los Equipos de Salud Mental el ejercicio de tratamientos más intensivos y continuados, obviando, con ello, el desarraigo y la desconexión con el medio familiar y social del enfermo, evitando a la vez, ingresos innecesarios en los centros de hospitalización.

Dada la escasez de este tipo de recursos asistenciales en nuestra región, a la hora de elaborar anualmente los objetivos del Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica tendrá carácter prioritario el desarrollo de nuevas estructuras intermedias que puedan convertirse en alternativas a la hospitalización.

Artículo 8.

1. La atención a la salud mental en régimen de internamiento a nivel hospitalario se realizará, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de atención primaria, en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los Hospitales Generales ubicados en la Comunidad Autónoma de Cantabria, y podrá ser complementada, en su caso, en otros hospitales.

2. La función del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas debe ser progresivamente modificada como consecuencia de la implantación y desarrollo de las

estructuras alternativas asistenciales y sociales que determine el Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Hasta que este proceso culmine, el Hospital Psiquiátrico de Parayas se transformará en un hospital mixto; mientras tanto, y en razón de sus necesidades, dicho centro seguirá manteniendo su actividad.

3. Las Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales situados en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria tendrán, como funciones más específicas, las siguientes:

a) El tratamiento de los pacientes hospitalizados.
b) La psiquiatría de enlace del hospital.
c) La atención a la urgencia psiquiátrica del centro hospitalario.
d) Las docentes y de investigación.

Artículo 9.

La atención psiquiátrica debe desinstitucionalizarse y para ello se realizará preferentemente, fuera del hospital, en las unidades de salud mental y en las llamadas estructuras intermedias (Centros de Día, Hospitales de Día, Pisos y Talleres Protegidos, etc.). Es decir, la atención al enfermo mental debe hacerse esencialmente en el marco comunitario.

Artículo 10.

1. En todas las Áreas Sanitarias se establecerán programas permanentes especiales de atención a problemas de relevante importancia sanitaria o que hasta la actualidad recibían una atención deficiente, entre las que se encuentran:

a) Salud Mental Infanto-Juvenil. Se crearán equipos especializados de salud mental infanto-juvenil.

b) Psicogeriatría. La atención a los problemas psicogeriátricos se realizará desde cada uno de los recursos extrahospitalarios y hospitalarios de la Red de asistencia psiquiátrica adecuando las unidades de evaluación y estructuras residenciales.

c) Dependencias de Sustancias, Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. La Red de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica participará en el sistema de atención e integración social del dependiente, drogodependiente y afectado de cualquier otro trastorno adictivo, configurado como una Red Asistencial de utilización pública diversificada, coordinándose con los centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Acción Social.

2. A tal fin, el Servicio Regional de Salud Mental coordinará con las entidades y asociaciones que desempeñen un papel acreditado en la rehabilitación y reinserción en el campo de las dependencias, drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Artículo 11.

En el marco de la Ley de Presupuestos Generales de la Diputación Regional de Cantabria el Consejo de Gobierno habilitará, dentro de la disponibilidad de recursos, los créditos presupuestarios necesarios para el desarrollo de las competencias que le corresponden en materia de salud mental.

Artículo 12.

1. En el plazo de tres meses desde la promulgación de la presente Ley, se constituirá el Consejo Asesor sobre Salud Mental de Cantabria.

Estará presidido por el Director Regional de Salud Mental y formado por las personas que se determine, que incluirá, al menos:

a) Dos representantes de las asociaciones de enfermos o familiares de enfermos mentales.
b) Dos representantes de las asociaciones multiprofesionales de salud mental.
c) Dos representantes de las asociaciones de consumidores o de usuarios.
d) Dos representantes de los Ayuntamientos de Cantabria.

2. Tendrá como funciones las de asesorar e informar al Servicio Regional de Salud Mental. En particular, al menos, informará el Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica y la implantación y desarrollo del mismo, las memorias anuales de gestión, el plan presupuestario y el de objetivos, pudiéndose promover actuaciones en materia de salud mental.

3. La Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social regulará los nombramientos y las normas de funcionamiento del Consejo.

Disposición adicional primera.

Los recursos que en materia de psiquiatría y salud mental dispone la Fundación Pública de Servicios Hospitalarios y Asistenciales Marqués de Valdecilla pasarán a integrarse administrativa, funcional y orgánicamente, en el plazo de tres meses contados a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Ley, en la estructura anteriormente dicha.

Disposición adicional segunda.

Mientras no se realicen las transferencias del INSALUD y con objeto de evitar la descoordinación y garantizar la cobertura eficaz, se establecerá un acuerdo interinstitucional para la confección del Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, su desarrollo y gestión. Para ello se creará una comisión paritaria interinstitucional responsable también de velar por el desarrollo de dicho Plan.

Disposición adicional tercera.

No siendo posible la rehabilitación y desinstitucionalización de los pacientes sin la contribución del Área de Bienestar Social, éste formará parte de lo antedicho en la disposición adicional segunda, en lo que se refiere a acción y gasto compartido.

Disposición adicional cuarta.

Se autoriza al Consejo de Gobierno para que dicte cuantas normas sean necesarias para el desarrollo de esta Ley y, en concreto, aprobará, en el plazo no superior a un año, el Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

Disposición adicional quinta.

La creación o instalación de nuevos Centros o Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, así como la modificación de los existentes, deberá adecuarse a las especificaciones de esta Ley y contar con la autorización administrativa previa de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Disposición adicional sexta.

El responsable del Servicio Regional de Salud Mental tendrá el rango de Director Regional, al menos durante un período de cuatro años.

Disposición final única.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Cantabria».

§ 53

Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar

Comunidad Autónoma de Extremadura
«DOE» núm. 43, de 31 de mayo de 1990
«BOE» núm. 282, de 24 de noviembre de 1990
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-1990-28242

Sea notorio a todos los ciudadanos que la Asamblea de Extremadura ha aprobado y yo, en nombre del Rey, de conformidad con lo establecido en el artículo 52.1 del Estatuto de Autonomía vengo a promulgar la siguiente:

LEY DE SALUD ESCOLAR

PREÁMBULO

I

Para el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Extremadura, constituye un objetivo prioritario el logro del mayor grado posible de salud individual y colectiva, entendida ésta como componente fundamental del bienestar físico, mental y social, y no exclusivamente como ausencia de enfermedad.

La constitución, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encargando a los poderes públicos, organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios.

El Estatuto de Autonomía de Extremadura, aprobado por Ley Orgánica 1/1983, de 25 de febrero, en su artículo 8.6 establece competencias en el marco de la legislación básica del Estado, en materia de Sanidad e Higiene.

A tenor de estas competencias, el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en concordancia con los principios que sobre la Salud Escolar establece la Ley General de Sanidad, y demás normativa estatal al respecto, estima necesario dictar una Ley de Salud Escolar, que sea instrumento eficaz para la promoción de la salud durante uno de los períodos de mayor trascendencia para el individuo y la comunidad como es la etapa escolar.

Esta Ley pretende crear el marco jurídico apropiado para la ejecución de las actividades sanitarias necesarias en este terreno que, basándose en el conocimiento del estado de salud de la población escolar, permiten la utilización eficaz de los recursos necesarios en nuestra Comunidad Autónoma.

II

El elevado porcentaje de población que representan los escolares, unido a las peculiaridades de este período de edad, en pleno desarrollo físico, psíquico y social, hacen, que dentro del ámbito de la acción sanitaria en general, adquiera una significativa importancia la salud escolar.

La salud escolar, se contempla con carácter integral y desde una perspectiva multidisciplinar, implicando al personal docente, al sanitario –fundamentalmente en el nivel de atención primaria de salud– y al resto de la Comunidad.

III

Esta Ley pretende, como objetivo fundamental, garantizar la realización de un programa de salud escolar, que contemple la promoción, protección y conservación de la salud del preescolar y escolar en todos sus aspectos, mediante el desarrollo de tareas y actividades en las áreas siguientes:

Educación para la salud.
Exámenes de salud.
Prevención de aquellos procesos o enfermedades propias de la infancia.
Higiene del medio ambiente escolar.

La educación para la salud, entendida como pilar básico y fundamental, irá encaminada a motivar en el individuo hábitos de conductas sanitarias que redunden en beneficio, no solamente de su propia salud, sino también de la colectividad en la cual vive. Por lo tanto estará dirigida principalmente a proporcionar un método que desarrolle la maduración crítica de los escolares, en orden a examinar y eliminar los riesgos para la salud y a estimular la participación activa de la comunidad escolar en la promoción de la salud.

Los exámenes periódicos en salud, de gran interés en esta etapa de la vida, caracterizada por el crecimiento y desarrollo, permitirán la detección precoz de riesgos y alteraciones, identificando los individuos o grupos especialmente predispuestos hacia ciertas formas de enfermar, antes de que puedan producirse alteraciones irreversibles o conlleven la utilización de servicios de mayor complejidad y coste.

Se establecen acciones para la prevención colectiva de enfermedades evitables y, de forma especial, mediante la actuación en los campos de la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles y en el control del estado vacunal del escolar.

En el terreno de las condiciones del medio donde se realiza la actividad escolar, se estimarán aspectos como el emplazamiento, los locales e instalaciones, las condiciones de seguridad y los servicios de saneamiento, recreativos y deportivos, comedores, enfermerías y otros.

El programa de salud escolar, desarrollado mediante el trabajo en equipo de los distintos profesionales de la salud con participación activa de los educadores, padres, escolares y de la comunidad en general, formará parte integrante de la atención primaria de cada zona de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La consecución de los fines contenidos en la presente Ley, exige la coordinación de los diferentes Organismos e Instituciones implicados, debiendo desarrollar los mecanismos adecuados, tanto en el marco del sistema sanitario, como en el educativo, con el fin de evitar rupturas y estructuras paralelas, trabajando de manera conjunta con los responsables de dichas materias y con respecto a las propias competencias en la materia de las Corporaciones Locales.

IV

Para la realización del programa de salud escolar, y actividades afines, la Comunidad Autónoma destinará, con cargo a sus presupuestos, las partidas económicas que permitan su progresivo cumplimiento en los Centros escolares de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

V

Como garantía del cumplimiento de la Ley, se declara el principio de responsabilidad para el transgresor de las normas contenidas en la misma.

CAPÍTULO PRIMERO

Ámbito de aplicación y disposiciones generales

Artículo 1.

Es objeto de esta Ley garantizar la promoción, protección y conservación de la salud escolar en todos sus aspectos, mediante la ejecución de un plan de programas sanitarios y la provisión de los recursos suficientes.

Artículo 2.

La presente Ley será de aplicación:

1. A los Centros docentes, públicos o privados, existentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura, en lo que respecta a los niveles de Educación Preescolar, Educación General Básica. Educación Profesional, así como a los Centros escolares que puedan ser declarados como tales por la legislación vigente en cada caso.
2. A los alumnos de los Centros a que se refiere el apartado anterior; a los padres y personas responsables de los mismos; al personal docente y no docente que preste sus servicios en los mencionados Centros; así como a los profesionales que integran los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma y al personal sanitario local.

Artículo 3.

Corresponde a la Junta de Extremadura a través de la Consejería competente por razón de la materia, la planificación, dirección, coordinación, control y evaluación de las actividades reguladas en la presente Ley, sin perjuicio de las funciones que a este respecto, tengan atribuidas la Administración Central y las Corporaciones Locales.

Artículo 4.

Se desarrollarán prioritariamente las siguientes actuaciones:

1. Educación para la Salud.
2. Exámenes periódicos de salud, tanto a los escolares como al personal de los Centros, dirigidos hacia los procesos que con mayor repercusión se presentan en estos colectivos.
3. Acciones preventivas frente a aquellos procesos o enfermedades propios de la edad escolar.
4. Higiene de los alimentos, orientación dietética y vigilancia de comedores escolares.
5. Estudio de las condiciones higiénico-sanitarias de los edificios, instalaciones, equipamiento y entorno de los Centros escolares.
6. Colaboración sanitaria en actividades de Educación Física y Deportiva.

CAPÍTULO SEGUNDO

Actividades sanitarias

Sección I

Artículo 5.

1. Con el comienzo de la escolarización, se abrirá a todos los alumnos sujetos a esta Ley, un expediente de salud al que se incorporarán:

a) La ficha de salud familiar, que será proporcionada por los padres o tutores de los alumnos contrastándola con los datos que se tengan en el historial clínico de los centros de salud.

b) Un informe del estado de salud del alumno elaborado con carácter gratuito, expedido por el facultativo del equipo de atención primaria o personal sanitario de la zona de salud correspondiente, que recoja su estado de salud, con las recomendaciones, en su caso, sobre las medidas a adoptar en el centro escolar en relación a aquél.

Los contenidos de la ficha de salud familiar y del informe del estado de salud del alumno, serán establecidos reglamentariamente.

2. Mientras dure la escolarización se anotarán en dicho expediente de salud del alumno todas las incidencias relevantes.

3. Cuando el alumno cambie de Centro, su expediente de salud será remitido, en pliego reservado, al Director del nuevo Centro.

4. Los datos recogidos en el expediente de salud escolar se utilizarán únicamente con fines sanitarios, vigilando por su confidencialidad.

Artículo 6.

1. Los alumnos serán objeto de exámenes de salud, con carácter periódico y obligatorio, con la finalidad de diagnosticar y permitir el tratamiento precoz y/o los cuidados necesarios de las anomalías que puedan ser detectadas.

2. La Consejeria de Sanidad y Consumo de la Junta de la Extremadura determinará la periodicidad de los mismos, así como su contenido y pautas de realización.

3. En cualquier caso, los exámenes de salud deberán incluir como mínimo los siguientes aspectos:

a) Control de crecimiento, del estado nutricional y del desarrollo y maduración puberal.

b) Identificación de anomalías y defectos sensoriales y físicos.

c) Detección de enfermedades, con especial relevancia epidemiológica en determinadas áreas o zonas de Extremadura.

d) Control de vacunaciones.

4. El orientador escolar del Centro, o, en su defecto, el jefe de estudios, velará junto con el coordinador del Consejo de Salud de Zona correspondiente por la realización de estos exámenes de salud.

Artículo 7.

1. Los resultados de los exámenes de salud formarán parte del expediente de salud escolar.

2. El resultado del examen de salud será comunicado a los padres o personas responsables del alumno garantizándose en todo momento la confidencialidad del mismo.

3. Cuando a consecuencia del examen de salud se observase la conveniencia de realizar exploraciones complementarias, se consultará expresamente a los padres del alumno.

Artículo 8.

Cuando el alumno haya recibido asistencia sanitaria, los padres o responsables del mismo aportarán en el momento de su incorporación al Centro escolar un informe sanitario con el diagnóstico, tratamiento, cuidados o medidas sanitarias y psicopedagógicas adoptadas o que fuera necesario adoptar, en todos aquellos casos con posible repercusión para la salud de la colectividad escolar o del propio alumno.

Sección II. Actividades sanitarias en relación con el personal de los Centros docentes

Artículo 9.

El personal del Centro antes de incorporarse al ejercicio de sus funciones acreditará su estado de salud con especial referencia a las enfermedades transmisibles y se someterá a las actuaciones sanitarias que reglamentariamente se establezcan por la Consejería de Sanidad y Consumo.

Artículo 10.

El profesorado que tenga relación con los comedores escolares, así como el personal de cocina y comedores, se atendrá a la normativa vigente sobre manipuladores de alimentos, y a la vigilancia, control o inspección sanitaria de comedores colectivos.

Artículo 11.

El personal docente o no docente que cause baja por enfermedad o accidente deberá aportar en el momento de la incorporación al Centro informe médico sobre su estado de salud con vista a su posible repercusión en la de la colectividad.

Sección III. Actividades sanitarias en relación con los Centros docentes y su entorno

Artículo 12.

1. Los edificios, instalaciones, equipamiento y entorno de los Centros escolares deberán cumplir las condiciones higiénico-sanitarias y de seguridad legalmente establecidos, así como las que en su momento pudieran determinarse.
2. La autoridad competente, mediante la inspección, vigilancia y asesoramiento de los Centros docentes, efectuará un control de las condiciones aludidas en el párrafo anterior, proponiendo, en su caso, a los Organismos correspondientes la corrección de las anomalías que pudieran detectarse.

Artículo 13.

1. Por la repercusión que sobre la salud del individuo, fumador activo o pasivo, tiene el hábito de fumar, en todos los Centros docentes, públicos o privados, existentes en la Comunidad Autónoma, no se permitirá fumar.
2. En los Centros docentes se permitirá fumar exclusivamente en las áreas expresamente reservadas al efecto por el organismo de dirección de los mismos, las cuales en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores y alumnos, en caso de que éstos sean menores de dieciséis años y estarán debidamente señalizadas.
3. No se permitirá la venta de tabaco o bebidas alcohólicas en los centros docentes de nuestra Comunidad Autónoma.

Artículo 14.

Los comedores escolares merecerán especial atención en lo que se refiere al cumplimiento de la normativa vigente sobre vigilancia, control e inspección sanitaria de comedores colectivos y dietas alimenticias.

Artículo 15.

Todos los Centros contarán con los medios precisos para poder prestar asistencia de primeros auxilios. A tales efectos dispondrá, como mínimo, del equipamiento que la Consejería de Sanidad y Consumo reglamentariamente determine.

El equipo de primeros auxilios estará situado en un lugar bien visible, de fácil acceso y dedicado exclusivamente a este fin.

CAPÍTULO III

Educación para la salud y prevención

Sección I. Educación sanitaria en el medio escolar

Artículo 16.

La educación para la salud en el medio escolar, acción sanitaria fundamental, estará encaminada a promover la incorporación y maduración de informaciones, actitudes y hábitos

positivos para la salud, buscando desarrollar la responsabilidad y participación de la propia comunidad escolar.

Artículo 17.

Serán objeto de educación para la salud la comunidad escolar, el personal docente y no docente de los Centros escolares y los familiares de los escolares.

Artículo 18.

1. El contenido de los programas de educación para la salud se ajustará a las necesidades que en cada momento se determinen por la autoridad sanitaria, teniendo en cuenta los informes de la Comisión Técnica Extremeña de Educación para la Salud, así como de las informaciones y propuestas de los Consejos Escolares y de los Consejos de Salud de Zona.
2. Los programas de Educación para la Salud seran elaborados por la Consejería de Sanidad y Consumo, en colaboración con la autoridad educativa competente.
3. Por la Consejería correspondiente, se impulsará la realización de experiencias y actividades de educación para el consumo en el medio escolar, atendiendo a aquellos aspectos del mismo que directa o indirectamente se relacionan con la salud del individuo y de la colectividad.
4. El orientador escolar del Centro o, en su defecto, el jefe de estudios, coordinará las experiencias y actividades a que se refiere el apartado anterior.

Artículo 19.

En desarrollo de esta Ley se creará la Comisión Técnica Extremeña para la Salud Escolar como órgano asesor y consultivo de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura.

Sección II. Prevención de enfermedades en el medio escolar

Artículo 20.

Serán objeto de especial atención aquellas acciones dirigidas a la prevención de enfermedades en el medio escolar, debiendo el personal del Centro apoyar la realización de estas tareas sanitarias y colaborar en su programación y ejecución.

Artículo 21.

Por la Consejería correspondiente de la Junta de Extremadura se designarán las actividades sanitarias a desarrollar para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, que se centrarán básicamente en los aspectos relativos a la identificación de las fuentes de infección, el control de los mecanismos de transmisión y la ejecución de las medidas profilácticas necesarias para conseguir los objetivos reseñados en este artículo.

Artículo 22.

La prevención de enfermedades no transmisibles a tenor de los indicadores sanitarios y recursos disponibles serán objeto de una acción sanitaria continuada, tendente a alcanzar la disminución de la morbilidad de las mismas.

CAPÍTULO IV

Organización

Sección I. Organización y funcionamiento

Artículo 23.

Compete a la Consejeria de Sanidad y Consumo la planificación, dirección, inspección y evaluación de las actividades relacionadas con el programa de salud escolar, sin perjuicio de las facultades que correspondan a otros organismos y en coordinación con los mismos.

Artículo 24.

Las Corporaciones Locales, en ejercicio de sus competencias velarán para garantizar el cumplimiento de las actividades reguladas en la presente Ley.

Artículo 25.

Los Directores de los Centros Escolares, tanto públicos como privados, están obligados al cumplimiento de lo regulado en la presente Ley, facilitando la consecución de las actividades previstas en el capítulo ll de la misma.

Asimismo, comprobarán que el personal del Centro escolar cumple las obligaciones que la presente Ley impone y comunicarán al coordinador del equipo de atención primaria de su zona de salud o al Jefe Local de Sanidad, en su caso, cualquier irregularidad en la ejecución del Programa de Salud Escolar en sus Centros, así como cualquier incidencia de tipo epidemiológico o que afecte a la salud de la comunidad escolar.

Artículo 26.

La Consejeria de Sanidad y Consumo y a través de los Consejos de Salud de Zona, coordinará las actuaciones con todos los consejos escolares, en orden a garantizar la consecución de los objetivos previstos en el programa de salud escolar.

Artículo 27.

1. Sin perjuicio de las actuaciones señaladas en los artículos 5.º y 6.º de esta Ley, podrán realizarse otras actividades encaminadas a estudiar y resolver problemas de salud específicos de una comunidad escolar dada, a propuesta del Consejo de Salud de Zona o cuando así lo determine la propia Consejería de Sanidad o Consumo.

2. Asimismo, la población escolar objeto de esta Ley, se verá beneficiada en el marco de desarrollo de la política sanitaria de la Administración Autonómica, se estimen necesarias para alcanzar los objetivos del Plan de Salud de la Comunidad.

Artículo 28.

Todas las actuaciones en materia sanitaria que se realicen en una comunidad escolar, a excepción de las de carácter estrictamente terapéutico o individual, deberán contar con la autorización de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, sin perjuicio de las facultades que competa a otras Administraciones Públicas y en coordinación con las mismas.

Artículo 29.

Corresponde a la Junta de Extremadura, a través de la Consejería competente por razón en la materia, llevar a cabo en los Centros escolares, aquellas medidas sanitarias específicas, en base a situaciones epidemiológicas concretas.

Artículo 30.

Toda construcción escolar, antes de su apertura y puesta en funcionamiento, requerirá, preceptivamente, un informe técnico sanitario favorable de la Consejería de Sanidad y Consumo, o de la Entidad local correspondiente.

Sección II. Recursos humanos y materiales

Artículo 31.

1. Las acciones sanitarias que se regulan en esta Ley, serán realizadas por los funcionarios sanitarios de la localidad de que se trate, así como por el personal sanitario perteneciente a los equipos de atención primaria que existan dentro de la respectiva zona de salud.

2. Si algún municipio careciera de Centro de enseñanza y no se hubiera constituido en aquella zona un equipo de atención primaria, los sanitarios locales de estos municipios se integrarán, para la realización del programa de salud escolar, con los sanitarios del municipio en que estén ubicados los Centros que acojan a los escolares objeto de la centralización de las actividades docentes.

3. Los Centros que utilicen para la realización del programa de salud escolar personal distinto al reseñado en este artículo, se atendrán a lo expresado en el artículo 37.2 de esta Ley.

Artículo 32.

El personal docente desarrollará en la comunidad escolar acciones de información y formación sanitarias, de conformidad con lo que se establezca en los programas de estudio.

Igualmente podrá realizar estas acciones cuando así se estime en el programa de salud escolar, para las que recibirá el apoyo técnico de los profesionales que se consideren oportunos.

Artículo 33.

La Junta de Extremadura, cuando sea necesario, arbitrará los medios personales y materiales adecuados para el mejor resultado de dichas actuaciones, y como apoyo al personal a que se refiere el artículo anterior.

Artículo 34.

Por la Consejería correspondiente, se proveerá a todos los Centros escolares de la documentación utilizada como soporte en las actividades previstas en la presente Ley.

Artículo 35.

Previa conformidad del Consejo de Salud de Zona donde estuviera incluido el Centro Escolar, el coordinador del equipo de atención primaria correspondiente, remitirá a la Consejería de Sanidad y Consumo una memoria anual explicativa de las actividades llevadas a cabo, de la situación sanitaria de la población escolar de la zona y de las condiciones higiénico-sanitarias de los edificios e instalaciones escolares de la misma.

CAPÍTULO V

Responsabilidades y sanciones

Artículo 36.

1. La Junta de Extremadura incoará, o en su caso, propondrá al órgano competente, los oportunos expedientes al objeto de establecer las responsabilidades en que hubieran podido incurrir las personas a quienes la presente Ley obliga, con imposición, si procediera, de las sanciones correspondientes, de acuerdo con la normativa legal vigente.

2. En orden a la aplicación de las correspondientes sanciones, se considerarán faltas graves sin perjuicio de lo establecido en la legislación vigente:

a) El incumplimiento de las funciones asignadas al personal sanitario local y al equipo de atención primaria.

b) El falseamiento de la documentación relativa al programa de salud escolar.

c) La realización de acciones sanitarias sin contar con la autorización a que se refiere el artículo 28, salvo actuaciones de emergencia.

d) En general, cualquier acción que suponga un entorpecimiento a la realización de acciones sanitarias ordenadas por la autoridad sanitaria.

CAPÍTULO VI

Financiación

Artículo 37.

1. La Junta de Extremadura, mediante las oportunas dotaciones presupuestarias, cubrirá el costo del desarrollo de los programas y actividades a los que se refiere la presente Ley, siempre que los Centros docentes utilicen los medios humanos y materiales de la Comunidad Autónoma.

2. Los Centros docentes que utilicen equipos de salud escolar por ellos contratados, los financiarán a su cargo sin perjuicio de quedar sometidos a las normas contenidas en la presente Ley. En todo caso, se atenderá a lo dispuesto en los artículos 3.º y 28 de la misma.

3. El material impreso y documentación oficial de uso obligatorio serán facilitados gratuitamente por la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Disposición transitoria primera.

Hasta tanto no se constituya el equipo de atención primaria correspondiente, las actividades sanitarias expresadas en esta Ley, serán desarrolladas por los Sanitarios Locales del Municipio donde radique el Centro Escolar.

Disposición transitoria segunda.

Las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura, por medio de sus servicios centrales y periféricos, adoptarán las medidas que permitan la mayor difusión y conocimiento de esta Ley.

Disposición final primera.

La presente Ley será de aplicación en todos sus téminos, a partir de su publicación en el «Diario Oficial de Extremadura» en el nivel de Educación General Básica.

La extensión de su aplicación a los restantes niveles previstos en el artículo 2.º de la misma, será determinada por el Consejo de Gobierno.

Disposición final segunda.

El Consejo de Gobierno a propuesta de las Consejerías correspondientes dictará en el plazo de doce meses, desde la entrada en vigor de la presente Ley, las disposiciones necesarias para su desarrollo, y arbitrará los recursos necesarios que garanticen el progresivo cumplimiento de las actividades previstas en el programa de salud escolar.

§ 54

Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud Escolar

Comunidad Autónoma de La Rioja
«BOR» núm. 22, de 24 de febrero de 1987
«BOE» núm. 53, de 3 de marzo de 1987
Última modificación: 21 de diciembre de 2002
Referencia: BOE-A-1987-5481

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

Sepan todos los ciudadanos que la Diputación General de La Rioja ha aprobado y yo, en nombre de Su Majestad el Rey y de acuerdo con lo que establece la constitución y el Estatuto de Autonomía, promulgo la siguiente Ley:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Dentro de las actividades de salud pública dirigidas a grupos de población con problemas de morbi-mortalidad específicos, ocupan casi siempre lugar prioritario aquéllos dirigidas a niños y adolescentes, debido por una parte a lo numeroso de dicho colectivo y por otra a las particulares características que existen en estas etapas de la vida durante la cual tiene lugar una parte fundamental del desarrollo personal en todos sus aspectos.

El establecimiento de unos adecuados servicios de sanidad escolar ha sido siempre objetivo previsto en la legislación española ya desde la Ley de Bases de Sanidad Nacional, posteriormente desarrollada en sucesivos Decretos y Órdenes.

Partiendo del derecho a la salud reconocida en el artículo 43 de la Constitución española, así como de la capacidad de desarrollo legislativo que en materia de higiene y sanidad confiere la Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio, sobre Estatuto de Autonomía de La Rioja, en su artículo 9.°, apartado 5.°, y habida cuenta de las competencias transferidas en estas materias según lo expresado en Real Decreto 542/1984, de 21 de marzo, y asumidas dichas competencias por Decreto de Consejo de Gobierno 19/1984, de 24 de mayo, existe por parte de la Comunidad Autónoma competencia legal para desarrollar la legislación básica del Estado contenida en la Ley 14/1986, de 25 de noviembre, General de Sanidad.

Se determina como objetivo general de esta Ley garantizar la realización de un programa de salud escolar que contemple la promoción, protección y conservación de la salud preescolar y escolar en todos sus aspectos, mediante la realización de las siguientes tareas y actividades:

1. Educación para la salud.
2. Acciones preventivas frente a aquellos procesos responsables de las principales causas de morbi-mortalidad en la edad preescolar y escolar.
3. Estudio de las condiciones medio-ambientales de los centros y entorno donde se realiza la actividad escolar.

4. Exámenes periódicos en salud, tanto de los escolares como del personal de los Centros, orientados a los procesos que presentan mayor repercusión en estos colectivos.

5. Detección y seguimiento de personas con problemas de salud o en situación de riesgo para la misma.

El programa de salud escolar formará parte integrante de la atención primaria de salud y será realizado mediante el trabajo en equipo de los distintos profesionales de la salud, con participación activa de la Comunidad, fundamentalmente educadores y padres o personas responsables, así como de los propios escolares.

Para una correcta realización del programa de salud escolar es imprescindible la coordinación de los diferentes Organismos e Instituciones implicados en el tema. Para ello se desarrollarán los mecanismos adecuados tanto en el marco del sistema sanitario, como en el educativo, con el fin de evitar rupturas y redes paralelas, trabajando de manera conjunta con los responsables en dichas materias. Asimismo deberá tenerse en cuenta la responsabilidad que en las mencionadas materias pueda competer a las Corporaciones Locales.

Para la realización del programa de salud escolar la Comunidad Autónoma destinará, con cargo a sus presupuestos ordinarios, las partidas económicas que permitan su progresivo cumplimiento en los centros escolares.

CAPÍTULO PRIMERO

Disposiciones generales

Artículo 1.

La presente Ley tiene por objeto garantizar la promoción, protección y conservación de la salud escolar en todos sus aspectos.

Artículo 2.

La presente Ley será de aplicación:

1. A todos los Centros docentes tanto públicos como privados, y a los niveles comprendidos entre Preescolar y COU, así como Educación Especial y Formación Profesional, existentes en la Comunidad de La Rioja.

2. A los alumnos de los Centros citados, a los padres o personas responsables de los mismos, sin perjuicio del derecho a la intimidad de éstos, así como a todo el personal que preste sus servicios en los mencionados Centros.

Artículo 3.

Se desarrollarán preferentemente los siguientes subprogramas:

1. Educación para la salud.

2. Prevención frente a aquellos procesos responsables de las principales causas de morbi-mortalidad en la edad escolar.

3. Orientación dietética y sanitaria de comedores escolares.

4. Estudio de las condiciones higiénico-sanitarias de los edificios, instalaciones, equipamiento y su entorno.

5. Realización de informes preceptivos en estas materias previos a la construcción o habilitación de cualquier nuevo Centro.

6. Exámenes periódicos en salud, tanto a los escolares como al personal de los Centros, orientados a los procesos que mayor repercusión presentan en estos colectivos.

7. Detección y seguimiento de personas con problemas de salud o en situación de riesgo para la misma.

CAPÍTULO II

Actividades a realizar

Sección Primera. En relación con el Alumnado

Artículo 4.

En cada Centro escolar se llevará un expediente de salud de cada uno de los alumnos inscritos, que se iniciará en el momento de la incorporación de éstos, con los documentos que aportados por sus padres o responsables, especialmente con la cartilla de salud infantil actualizada. Durante el resto de la escolarización se anotarán en dicho expediente las incidencias relacionadas con la salud de los alumnos. En caso de cambio de Centro, se entregará a los padres o responsables de alumnos una copia del expediente de salud, para que pueda ser presentado en el nuevo Centro.

Artículo 5.

La periodicidad de los exámenes en salud, así como su contenido y pautas de realización se determinarán por la Consejería de Salud y Consumo.

Artículo 6.

El resultado del examen en salud será comunicado a los padres o personas responsables, así como a la Dirección del Centro, garantizando en todo momento la confidencialidad de los mismos. Si como consecuencia del mismo se observare la conveniencia de realizar exploraciones complementarias se indicará expresamente, siendo responsable la Dirección del Centro de su realización.

Los resultados de los sucesivos exámenes en salud formarán parte del expediente de salud escolar.

Sección Segunda. En relación con el personal

Artículo 7.

El personal del Centro en el momento de su incorporación aportará un informe sobre su estado de salud.

Por la Consejería de Salud y Consumo se determinará reglamentariamente el contenido mínimo de dicho informe, así como la periodicidad de las revisiones a realizar.

Particular atención recibirá el profesorado que tenga relación con los comedores escolares, así como el personal de cocina y comedores, quienes deberán poseer, en cualquier caso, el carné sanitario de manipulador de alimentos.

Sección Tercera. En relación con los centros docentes y su entorno

Artículo 8.

Los edificios, instalaciones, equipamiento y entorno de los Centros docentes deberán cumplir las condiciones higiénico-sanitarias y de seguridad legalmente establecidas, así como las que en su momento pudieran determinarse.

Se prestará especial atención al cumplimiento de la normativa vigente sobre vigilancia, control e inspección sanitaria de comedores colectivos y consumo de tabaco en Centros públicos.

Artículo 9.

Todo Centro deberá contar con los medios necesarios para poder prestar asistencia de primeros auxilios. A tales efectos dispondrá, como mínimo, del equipamiento que reglamentariamente determine la Consejería de Salud y Consumo.

Artículo 10.

En los Centros regulados por la presente Ley se establecerá de forma individualizada, un plan de actuación frente a situaciones de emergencia, sin perjuicio de las competencias en esta materia de otros Organismos y en coordinación con los mismos.

CAPÍTULO III

Organización

Sección Primera. Disposiciones generales

Artículo 11.

1. Corresponde a la Consejería de Salud y Servicios Sociales la planificación, dirección, inspección, evaluación y adopción en su caso de las medidas correctoras precisas para garantizar la realización del programa de salud escolar, sin perjuicio de las facultades que competan a otros organismos y en coordinación con los mismos.

2. Para la ejecución de la competencia asignada en el párrafo anterior, la Consejería competente en materia de educación con la relación a los centros docentes públicos, o el órgano de dirección con relación a los privados, facilitará a la Consejería de Salud y Servicios Sociales y al Servicio Riojano de Salud los datos personales de todos los alumnos matriculados en los diferentes cursos de sus respectivos centros, independientemente de que tales datos estén informatizados o no.

Los datos que se faciliten deberán contener, en todo caso, el nombre, dos apellidos, fecha de nacimiento y curso escolar de cada alumno.

La cesión de datos que se debe efectuar a la Administración Sanitaria conforme a lo previsto en este artículo no requerirá el consentimiento del afectado.

Artículo 12.

En ejercicio de sus competencias los Ayuntamientos velarán para garantizar el cumplimiento del programa de salud escolar en su demarcación.

Artículo 13.

Los Directores de los Centros docentes están obligados al cumplimiento de lo regulado en la presente Ley, facilitando la realización de las actividades previstas en el capítulo II de la misma.

Sección Segunda. Recursos humanos y materiales

Artículo 14.

Los funcionarios al servicio de la sanidad de la localidad de que se trate, así como aquellos profesionales que formen parte de los equipos de atención primaria, están obligados al cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 3.°, 4.°, 5.°, 6.°, 7.°, 8.° y 10 de la presente Ley.

Si como consecuencia de la comercialización de las actividades docentes, algún municipio careciera de Centros de enseñanza y no se hubiera constituido en aquella zona un equipo de atención primaria, los funcionarios al servicio de la sanidad de estos municipios se integrarán para la realización del programa de salud escolar, con los sanitarios del municipio en que estén ubicados los Centros que acojan a los escolares objeto de comarcalización.

Los Centros que utilicen para la realización del programa de salud escolar personal distinto al reseñado en este artículo, lo sufragarán a su cargo, sin perjuicio de quedar sometidos a lo regulado en la presente Ley.

Artículo 15.

La documentación utilizada para la realización de estas actividades será establecida por la Consejería de Salud y Consumo, siendo idéntica para todos los Centros docentes con objeto de permitir establecer un diagnóstico de salud de la población escolar.

Artículo 16.

La Consejería de Salud y Consumo coordinará las actuaciones con los Consejos Escolares que estuvieren constituidos, en orden a garantizar la consecución de los objetivos previstos en el programa de salud escolar.

Artículo 17.

Sin perjuicio de las actividades previstas en el artículo 3.°, podrán realizarse otros subprogramas encaminados a estudiar y resolver problemas de salud específicos de una determinada población escolar.

Artículo 18.

La Consejería de Salud y Consumo incoará, o, en su caso, propondrá que se incoen por el órgano competente, los oportunos expedientes al objeto de averiguar las responsabilidades en que hubieran podido incurrir, por incumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley, los Centros y personas a quienes la misma obliga e impone, si procediere, las sanciones correspondientes de acuerdo con la normativa legal vigente.

Disposición final primera.

El Consejo de Gobierno a propuesta de la Consejería de Salud y Consumo dictará, en el plazo de dieciocho meses desde la entrada en vigor de la presente Ley, las disposiciones necesarias para su desarrollo, y arbitrará los recursos necesarios para garantizar el progresivo cumplimiento de las actividades previstas en el programa de salud escolar.

Disposición final segunda.

La presente Ley, que se publicará de conformidad con lo dispuesto en el artículo 21.1 del Estatuto de Autonomía de La Rioja, entrará en vigor al día siguiente de su publicación.

§ 55

Ley 7/1982, de 30 de junio, de Salud Escolar

Comunidad Autónoma del País Vasco
«BOPV» núm. 101, de 13 de agosto de 1982
«BOE» núm. 100, de 26 de abril de 2012
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2012-5536

Se hace saber a todos los ciudadanos de Euskadi que el Parlamento Vasco ha aprobado la Ley 7/1982, de 30 de junio, de «Salud Escolar». Por consiguiente, ordeno a todos los ciudadanos de Euskadi, particulares y autoridades que la guarden hagan guardarla.

Vitoria-Gasteiz, a 30 de junio de 1982.–El Presidente, Carlos Garaikoetxea Urriza.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Es propósito del Gobierno potenciar un concepto integral de la salud encaminando las actuaciones hacia la prevención y promoción de ésta. Uno de los sectores más importantes, cualitativa y cuantitativamente, de la población la constituyen los escolares.

La Ley de Salud Escolar pretende ser un instrumento eficaz para la promoción de la salud del escolar, entendida en su concepto más amplio, donde los exámenes de salud son una parte fundamental, pero sin olvidar los aspectos sicopedagógicos o la educación sanitaria.

La Comunidad Autónoma en esta materia tiene las siguientes competencias:

– Exclusiva en cuanto a Higiene, según el artículo 10,15 del Estatuto de Autonomía del País Vasco, aprobado por Ley Orgánica 3/79 de 18 de diciembre.

– El artículo 18 del citado Estatuto señala que corresponde al País Vasco el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de Sanidad Interior.

– Entre las competencias transferidas a la Comunidad Autónoma Vasca en materia de Sanidad, de conformidad con el artículo 5,1 c del R.D. 2.209/1979 de 7 de septiembre, figuran los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud, tales como los de higiene maternal, infantil, escolar, industrial, laboral, deportiva, mental, así como las acciones sanitarias permanentes en materia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, antropozoonosis y educación sanitaria.

La presente Ley viene, en definitiva, a desarrollar la Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, que en su Base XIV expresa que será obligatoria la asistencia sanitaria de los escolares, tanto de los que asistan a establecimientos del Estado, como a instituciones particulares; asimismo, la Ley Orgánica 5/80 de 19 de junio, por la que, en su artículo 36, apartado 11, establece el derecho de los alumnos a que se realicen los reconocimientos médicos necesarios, al control sanitario y a la atención médico-preventiva adecuada.

Por otro lado, la normativa vigente del Estado, de supletoria aplicación en este tema, (Decreto 2473/1978 de 25 de agosto, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social), adolece de insuficiencia, pudiendo haber sido ésta la causa -entre otras posibles- de que no se haya llevado a efecto.

De ahí que las líneas de acción de la Ley se dirijan de forma especial a los campos de medicina preventiva, a través de una programación de exámenes de salud, que tenderán a ser lo más completos posibles y a enriquecerse progresivamente en función de una mayor disponibilidad presupuestaria.

Entre las medidas profilácticas, no abordadas hasta el presente de una manera sistemática entre nosotros, se encuentra la Profilaxis e Higiene del aparato dental del niño.

La edad del escolar está caracterizada por darse en ella el fenómeno biológico del crecimiento, tanto corporal como psíquico, en toda su plenitud.

Será también por ello que en estos años se presentan problemas específicos a los que una Ley de Salud tiene que dar respuestas adecuadas. Respuestas que se han de enmarcar en un Programa que identifique en primer término la situación real de cada niño y que reglamente y arbitre las medidas de prevención y promoción de la salud de esta colectividad, que representa nada menos que el 20 % de la población total.

La simple evaluación de la curva de crecimiento, índice de salud de los más importantes tanto a nivel individual como colectivo, y tan fácil de realizar, sólo es posible por la coyuntura de la escolarización que permite tenerlos controlados.

La detección de malformaciones y disfunciones, leves en su comienzo y más graves después, crean problemas de rendimiento escolar y que el día de mañana abocarán a diversas formas de patología del adulto.

La convivencia de los niños en la Escuela crea un clima favorable a la transmisión de ciertas enfermedades y de ahí que entre los objetivos previstos en la Ley se encuentra el control de vacunaciones y la adopción de medidas específicas propias de cada caso.

La inadaptación del niño al ambiente, la aparición de formas anómalas de comportamiento, la detección de conflictos ante la nueva situación social que el niño estrena al entrar en la Escuela, son problemas que deben ser abordados con premura en esta edad en la que el niño muestra tanta vulnerabilidad como capacidad de adaptación y respuesta.

Finalmente, el ambiente de la escuela y su entorno, el interés que tanto padres como la sociedad en conjunto prestan a los acontecimientos que rodean al niño, facilita el que en todo Programa de Salud Escolar se den las mejores condiciones para realizar una información y educación sanitaria que lleguen no sólo al niño sino a una gran parte de la sociedad.

Lo anterior sería una mera declaración de propósitos si la Ley no estableciese un engranaje de responsabilidades; así, están implicados de alguna forma en el cumplimiento de las obligaciones: los padres, personal docente y no docente de los centros, directores, médicos titulares y, en última instancia, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

No se olvida, por otra parte, la colaboración municipal, teniendo en cuenta que los médicos titulares, como funcionarios al servicio de la sanidad local, tienen una dependencia jerárquica inmediata del Alcalde.

En cuanto a la financiación, la Ley establece sea a cargo de los Poderes Públicos, tanto por lo que respecta a los Centros Docentes Públicos como a los Privados. Y ello teniendo en cuenta la propia naturaleza del derecho a la salud –en este caso del escolar– cuya prevención debe garantizar la Administración, con la obligación organizativa y tutelante que la Constitución le atribuye, sin distinción alguna.

Como es obvio, los distintos extremos de ejecución del contenido de la Ley, se verán desarrollados de forma reglamentaria mediante las disposiciones que se juzguen precisas.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1.

El contenido de la presente Ley será de aplicación a los niveles docentes de Educación Pre-escolar, Educación General Básica, Educación Especial o aulas de apoyo, Bachillerato y

Formación Profesional de primer grado de los Centros, tanto públicos como privados, ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma Vasca.

Artículo 2.

Deberán ajustarse a lo dispuesto en la presente Ley: los alumnos de los niveles anteriormente citados, así como los padres, tutores o personas responsables, personal directivo, profesores, personal no docente y titulares de los Centros en que se impartan dichos niveles.

Su ámbito de aplicación se extiende, asimismo, a las condiciones higiénico-sanitarias de los edificios, instalaciones y equipamientos ya existentes o de nuevo establecimiento.

Artículo 3.

El ejercicio de las funciones previstas en la presente Ley tiene como finalidad la conservación y fomento de la salud del escolar en sus vertientes física, mental y social mediante la provisión de los recursos sanitarios y preventivos suficientes.

Las actuaciones se dirigirán prioritariamente a lo siguiente:

– Exámenes periódicos de salud de los escolares, profesores y personal no docente de los Centros.

– Detección y seguimiento de comportamientos irregulares de los escolares.

– Programas formativos de educación sanitaria.

– Higiene de la alimentación y vigilancia alimentaria de los comedores escolares.

– Acciones preventivas de enfermedades transmisibles en el medio escolar.

– Mantenimiento y promoción de las condiciones higiénico-sanitarias de los centros e instalaciones docentes.

TÍTULO II

Obligaciones

CAPÍTULO I

En relación con el alumnado

Artículo 4.

Al inicio de su vida escolar, los padres o tutores del alumno cumplimentarán un cuestionario de antecedentes que se adjuntará a la ficha médico-escolar la cual acompañará al expediente médico-escolar en caso de traslado de centro.

Artículo 5.

Los exámenes de salud se practicarán obligatoriamente a los alumnos de E.G.B. en los cursos 1.º, 5.º y 8.º. Asimismo a los alumnos de B.U.P. y Formación Profesional de primer grado, en el último año de los respectivos estudios.

En los cursos de pre-escolar se realizarán las medidas sanitarias y de profilaxis que se determinen reglamentariamente.

El contenido, así como el tiempo y modo de estos exámenes de salud serán determinados en la normativa que al efecto se elabore por los Departamentos de Sanidad y Seguridad Social y de Educación.

Una vez cumplimentada la ficha médico-escolar, será obligatorio comunicar los resultados a los padres o tutores del alumno.

Artículo 6.

Cada profesor encargado de la tutoría estará obligado a cumplimentar los datos psicopedagógicos del comportamiento del alumno.

Artículo 7.

En casos especiales, o como consecuencia de los exámenes o reconocimientos expresados en los dos artículos anteriores, podrá establecerse la necesidad de que determinados alumnos requieran un reconocimiento complementario.

Artículo 8.

Toda falta de asistencia, por enfermedad o accidente, deberá ser comunicada al correspondiente profesor encargado de la tutoría en escrito que, según modelo, se facilitará a los padres, tutores o personas responsables del alumno.

Artículo 9.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social, en colaboración con el de Educación, desarrollará programas formativos de Educación Sanitaria, dirigidos a los alumnos, padres y personal docente o no docente de los Centros.

CAPÍTULO II

En relación con el profesorado y personal no docente

Artículo 10.

Todos los profesores y personal no docente de los Centros a que se refiere esta Ley, deberán ser sometidos a un examen de salud al comienzo del curso escolar, cuyas características se determinarán reglamentariamente y sus resultados se anotarán en el documento sanitario correspondiente.

Artículo 11.

Toda interrupción de la asistencia al Centro por enfermedad o accidente deberá ser comunicada a la dirección de dicho Centro en escrito que, según modelo, se facilitará oportunamente.

CAPÍTULO III

En relación con los edificios e instalaciones escolares

Artículo 12.

Los edificios, instalaciones, mobiliario y demás material de los Centros Docentes deberán reunir las condiciones higiénico-sanitarias legalmente establecidas, y de seguridad que se establezcan mediante decreto.

Especialmente se ejercerá una particular vigilancia del cumplimiento de la normativa referente a comedores colectivos y cocinas, así como al personal adscrito a los mismos.

Asimismo, se delimitarán, en los Centros Docentes y por sus órganos directivos, los espacios destinados para fumadores.

Artículo 13.

En todo Centro Docente existirá necesariamente, para prestaciones higiénico-sanitarias y de urgencia, el equipamiento preciso, cuyo contenido mínimo será determinado reglamentariamente.

TÍTULO III

Financiación

Artículo 14.

El costo de desarrollo de los programas de salud, a los que se refiere esta Ley, en los Centros Docentes será financiado por los poderes públicos afectados con cargo a sus propios presupuestos, siempre que dichos Centros utilicen los equipos médicos sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Los Centros Docentes que utilicen equipos médicos sanitarios por ellos contratados, los financiarán a su cargo.

TÍTULO IV

Organización de la actividad

CAPÍTULO I

Normas generales

Artículo 15.

La planificación, dirección, control, inspección y ejecución, en su caso, corresponden al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, sin perjuicio de que la inspección de dichas actividades se lleve a cabo por los organismos administrativos que, por razón de la materia, las tengan atribuidas.

Artículo 16.

Los Ayuntamientos, y en su caso los Órganos Forales, deberán colaborar, dentro de su competencia y ámbito territorial, en la ejecución de las actividades reguladas en la presente Ley.

Artículo 17.

Los directores de los Centros Docentes, tanto públicos como privados, están obligados asimismo al cumplimiento de los extremos contenidos en la presente Ley.

Son obligaciones específicas mínimas de los directores las siguientes:

– Asegurar la práctica de los exámenes de salud y demás controles sanitarios.

– Cuidar de la cumplimentación, archivo y confidencialidad de los cuestionarios, fichas y restante documentación administrativa exigida por esta Ley.

– Vigilar el cumplimiento de las obligaciones sanitarias del personal docente y no docente.

CAPÍTULO II

Personal y centros docentes

Artículo 18.

Los sanitarios titulares de la localidad de que se trate están obligados a realizar los exámenes periódicos de salud a que se refieren los artículo 3, 5 y 10 de la presente Ley, dentro de sus competencias.

Artículo 19.

El Departamento de Sanidad y Seguridad social arbitrará los medios humanos y materiales suficientes para garantizar el efectivo cumplimiento de la Ley. A este fin cubrirá las necesidades de personal médico, psicopedagógico y auxiliar que se produzcan.

Artículo 20.

El reconocimiento se practicará y documentará de forma idéntica en todos los Centros Docentes.

Por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social se les proveerá del material impreso exigido.

Artículo 21.

Las Tarifas a devengar por el personal médico y auxiliar contratado por los Centros Docentes privados serán establecidas reglamentariamente, oídas las Asociaciones Profesionales correspondientes.

TÍTULO V

Responsabilidad y sanciones

Artículo 22.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social incoará -o en su caso, propondrá- los oportunos expedientes, al objeto de establecer las responsabilidades en que hubieren podido incurrir las personas a quienes la presente Ley obliga, con imposición de las sanciones a que hubiere lugar, con arreglo a la normativa vigente en el Estado.

Disposición adicional primera.

La presente Ley y las disposiciones complementarias que la desarrollen se adecuarán a lo que en el ámbito de la salud escolar prevean la Ley de Relaciones entre las Instituciones de la Comunidad Autónoma y los Territorios Históricos, y la Ley del Servicio Vasco de Salud.

Disposición adicional segunda.

La estructura organizativa y funcional prevista en la presente Ley se integrará en la nueva red de asistencia que se cree como consecuencia de la puesta en funcionamiento del Servicio Vasco de Salud.

Disposición final primera.

En los Municipios exceptuados de la aplicación de la reglamentación de los Sanitarios Locales (Bilbao y San Sebastián), la instrumentación de las medidas necesarias para el cumplimiento de lo previsto en esta Ley se efectuará a través de los Ayuntamientos respectivos.

Disposición final segunda.

Por el Gobierno Vasco se dictarán las disposiciones necesarias para el desarrollo de esta Ley.

§ 56

Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud Escolar para el Principado de Asturias

Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
«BOPA» núm. 244, de 22 de octubre de 1984
«BOE» núm. 273, de 14 de noviembre de 1984
Última modificación: 11 de abril de 2019
Referencia: BOE-A-1984-25226

EL PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Sea notorio que la Junta General del Principado ha aprobado, y yo, en nombre de Su Majestad el Rey y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 31, 2, del Estatuto de Autonomía para Asturias, vengo en promulgar la siguiente Ley de Salud Escolar para el Principado de Asturias.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. La Constitución española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y encarga a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de acciones preventivas y de la prestación de servicios.

El Estatuto de Autonomía para Asturias, aprobado por la Ley Orgánica 7/1981, de 30 de diciembre, establece en su artículo 11, apartado g), la competencia del Principado para el desarrollo legislativo, dentro del marco de la legislación básica del Estado, de las materias de sanidad e higiene.

En este sentido y en coherencia con la disposición transitoria cuarta, punto 6, del citado Estatuto y el Real Decreto 2374/1979, de 17 de diciembre; artículo 55, 1, e), sobre transferencias de competencias de la Administración Central del Estado al Consejo Regional de Asturias, se considera necesario, de conformidad con lo ya expresado en la exposición de motivos del Decreto 74/1983, de 13 de octubre, por el que se dictan normas provisionales para la aplicación del Programa de Sanidad Escolar para el curso 1983-84, proceder al desarrollo de la base 14 de la Ley de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944 y de los artículos 36, h), y 11 de la Ley Orgánica 5/1980, de 19 de junio, llenando así definitivamente el vacío legislativo existente tras la anulación por sentencia del Tribunal Supremo de 1 de diciembre de 1982 del Real Decreto 2473/1978, de 25 de agosto, sobre ordenación de los servicios de medicina e higiene escolar.

Así, el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Asturias asume su responsabilidad en materia de salud, concebida ésta integralmente, poniendo el mayor énfasis en las acciones de protección y promoción de salud que se inscriben en el ámbito de la prevención primaria de la enfermedad.

2. El valor de las acciones sanitarias desarrollados en el marco de la sanidad escolar se justifica por:

La importancia numérica de la comunidad escolar, que comprende no sólo los escolares, sino también el personal docente y no docente y los padres o tutores de los alumnos, todos los cuales representan un elevado porcentaje de la población general.

La homogeneidad de estos colectivos, que facilita la aplicación de medidas y potencia la eficacia de éstas en el tratamiento de sus problemas específicos.

La receptividad inherente a la etapa escolar, que incrementa los efectos de la educación sanitaria y permite la adopción permanente de hábitos y conductas sanas.

Las características bio-psico-sociales de la edad escolar, con fenómenos de crecimiento, desarrollo, adaptación y transformación muy marcados, lo que define a la comunidad escolar como colectivo de alto riesgo en salud física, psíquica y social. Las acciones de prevención secundaria permitirán la detención precoz de padecimientos derivados de tales fenómenos haciendo que el esfuerzo concentrado en los programas de salud escolar sea uno de los que producen mayor rentabilidad sanitaria.

3. Son objetivos fundamentales de la presente Ley la protección y promoción de la salud de la comunidad escolar, mediante las siguientes acciones sanitarias:

1.º La educación para la salud, acción prevalente y fundamental entre todas las demás señaladas.

2.º La inspección y vigilancia de las condiciones higiénico-sanitarias de los Centros docentes, en especial de los comedores escolares y estancias afines.

3.º Los exámenes de salud de los colectivos escolares.

4.º Otras acciones preventivas.

4. La salud escolar es competencia de los Organismos sanitarios, de los docentes, de los padres de familia, de los propios alumnos y de la sociedad toda, por lo que sólo la acción participativa y conjunta de cada uno de los estamentos citados puede lograr los objetivos planteados, lo que motiva la amplitud del ámbito de aplicación de la Ley.

5. Dada la reactividad del ser humano a las condiciones de su ambiente físico-químico, biológico, psíquico-social, se pretende un exhaustivo control de los contaminantes ambientales del entorno escolar puesto que la escuela y sus espacios adyacentes deben ser entendidos como un auténtico ámbito laboral en el que transcurre casi un tercio de la vida de los escolares lo que evidentemente tendrá repercusiones en la salud actual y futura.

6. En su conjunto, las acciones sanitarias contenidas en la Ley intentan potenciar la participación comunitaria en el logro de la salud escolar distribuyendo parcelas de responsabilidad entre la población docente y familiar, que debe ser actor principal en la conquista de la salud.

También se pretende con ellas la desmedicalización de tales colectivos, colocando el énfasis en la educación para la salud, la conservación y mejoramiento del entorno medioambiental y la búsqueda conjunta de soluciones sencillas a los problemas de salud escolar, en el convencimiento de que este planteamiento es mucho más eficaz que las actuaciones médicas tradicionales.

7. El derecho constitucional a la salud implica a su vez la gratuidad de las acciones sanitarias, que serán financiadas por los poderes públicos en el territorio de la Comunidad Autónoma asturiana.

TEXTO ARTICULADO

CAPÍTULO I

Ámbito de aplicación de la Ley y disposiciones generales

Artículo 1.

1. La presente Ley será de aplicación a todos los Centros docentes, públicos y privados, ubicados en el territorio del Principado, en lo que respecta a los niveles de Educación Preescolar Educación General Básica, Educación Especial, Bachillerato Unificado Polivalente y Formación Profesional de primero y segundo grados.

2. Lo dispuesto en la presente Ley será de observancia obligatoria para:

a) Los alumnos de los Centros a que se refiere el apartado anterior en los niveles docentes indicados, así como a sus padres, tutores o personas responsables.
b) El personal directivo, profesorado y personal no docente de dichos Centros.
c) El personal sanitario y asistencial integrado en las zonas básicas de salud y el directamente dependiente le los servicios de la Administración del Principado.

Artículo 2.

Corresponde a la Consejería de Sanidad la planificación, dirección, coordinación, control y evaluación de las actividades reguladas en la presente Ley, sin perjuicio de las funciones que por razón de la materia y de la competencia tenga atribuidas la Administración Central.

CAPÍTULO II

Actividades sanitarias a desarrollar

Artículo 3.

1. La educación para la salud en el ámbito escolar constituye la acción sanitaria fundamental entre las contenidas en la presente Ley y se dirigirá a la adquisición de información, hábitos y costumbres que constribuyan a la conservación y mejora de la salud de la población escolar, desarrollando una acción educadora en la salud a partir de las actividades de la comunidad escolar.
2. A los efectos indicados en el apartado anterior, serán objeto de educación para la salud:

a) La población escolar, fomentando la creación en ella de hábitos y conductas que incidan positivamente sobre la salud.
b) El personal docente.
c) Los alumnos de las Escuelas Universitarias del Profesorado de Enseñanza General Básica.
d) El personal no docente de los Centros de enseñanzas.
e) Las familias de los escolares.

3. El contenido de los programas de educación para la salud se ajustará a las necesidades que en cada momento se determinen por la autoridad sanitaria, teniendo en cuenta las informaciones y propuestas de los Consejos de Salud Escolar y una vigilancia epidemiológica continuada.

Artículo 4.

1. Con carácter periódico y obligatorio serán realizados exámenes de salud a los alumnos, profesorado y personal no docente de los Centros a que la presente Ley obliga, con la finalidad de diagnosticar y permitir el tratamiento precoz de las anomalías que puedan ser detectadas.
2. Los alumnos de nuevo acceso a un Centro aportarán actualizado el documento de salud infantil, y en los casos de adultos o por ausencia justificada del mismo, un informe del Equipo de Salud Escolar, a que hace referencia la disposición transitoria de esta Ley. No se exige por lo tanto certificado médico para la matrícula en los Centros a que se refiere el número 1 del artículo primero de la presente Ley.

Artículo 5.

Los Centros docentes serán objeto de inspección y vigilancia de sus condiciones higiénico-sanitarias en relación con la normativa vigente al efecto. Las anomalías que se detecten serán puestas en conocimiento de los Organismos competentes para su corrección.

Artículo 6.

1. Para el control de las condiciones higiénico-sanitarias de los Centros docentes se creará una Comisión de Higiene y Seguridad Escolar, integrada por representantes de las

Consejerías de Sanidad, de Industria y Comercio, y de Educación, Cultura y Deportes, y, en su caso, una representación de los padres de alumnos. Podrán también formar parte de la Comisión representantes de la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia.

2. Serán funciones de la Comisión:

a) Supervisar la correcta adecuación de las instalaciones a la normativa vigente.

b) Proponer correcciones técnicas a las anomalías detectadas en las inspecciones ordinarias cuando la magnitud de las mismas exija la participación de expertos.

c) Supervisar la ejecución de las correcciones propuestas.

Artículo 7.

La acción sanitaria a desarrollar en materia de prevención de enfermedades transmisibles se centrará en los aspectos siguientes:

a) Supervisar, actualizar y, en su caso, aplicar el cumplimiento del calendario vacunal legalmente vigente.

b) Vigilancia y detección precoz de fuentes de infección intraescolares.

c) Control de los mecanismos de transmisión habituales.

d) Ejecución de medidas profilácticas específicas.

e) Vigilancia y control del absentismo laboral y escolar en los Centros, dirigido a evitar la reincorporación de personas potencialmente infectivas.

f) Cualesquiera otras tendentes a alcanzar el fin previsto.

Artículo 8.

La prevención de enfermedades no transmisibles serán objeto de una acción sanitaria continuada tendente a alcanzar la disminución de la morbilidad y mortalidad de las mismas, y se concretará en:

a) Información, educación y control de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

b) Prevención de accidentes infantiles.

c) Prevención de las diversas toxicomanías.

d) Información y control dietético de comedores escolares.

e) Fomento y control de la actividad pública y deportiva.

f) Profilaxis de caries dentales.

g) Apoyo psicopedagógico con asesoramiento de los Equipos de Salud Mental Infantil en aquellas situaciones en que lo requieran.

Artículo 9.

La Consejería de Sanidad, en base a situaciones epidemiológicas concretas, podrá disponer la ejecución de acciones sanitarias especificas en el ámbito del colectivo sujeto a la presente Ley.

CAPÍTULO III

Obligaciones

Artículo 10.

Serán obligaciones específicas del alumnado:

a) Cooperar y participar en los programas de salud escolar.

b) Formar partes de la Comisión de Salud Escolar del Centro en la forma que reglamentariamente se determine.

c) Servir de enlace entre el profesorado del Centro y los Padres o responsables a los efectos de las obligaciones compartidas recogidas en la presente Ley.

Artículo 11.

1. Serán obligaciones de los padres, tutores o responsables de los alumnos:

a) Facilitar al Centro docente la información que sea requerida sobre antecedentes de interés médico-sanitario y social.

b) Prestar su colaboración para el cumplimiento de los programas da salud escolar en los alumnos.

c) En general, cooperar y participar en los programas de salud escolar a través de su propia educación y del cumplimiento de las obligaciones concretas que reglamentariamente se determinen.

2. La oposición a la aplicación individual a alguna de las actuaciones que se contemplen en los programas de salud escolar solo podrá ser formulada por escrito, responsabilizándose en él los padres o tutores del alumno de tal decisión, y ello únicamente en aquellos casos en que, a juicio de la autoridad sanitaria, no se ponga en riesgo al resto de la comunidad escolar.

Artículo 12.

1. Serán obligaciones del personal no docente del Centro:

a) Acreditar su estado de salud antes de incorporarse por primera vez al Centro.

b) Someterse a las actuaciones sanitarias periódicas que reglamentariamente se establezcan.

c) Procurar su propia información y educación para la salud asistiendo a los actos que a tal fin programe la Comisión de Salud Escolar del Centro.

d) En los casos de baja laboral por causa de enfermedad transmisible, aportar a su reincorporación informe médico que acredite que no constituyen elemento de riesgo para la comunidad escolar.

2. El personal de cocina y comedores escolares deberá estar en posesión del carne de manipulador alimentario, cumpliendo además la normativa vigente sobre comedores colectivos.

Artículo 13.

Será obligación del personal docente acreditar su estado de salud antes de incorporarse al ejercicio de sus funciones y cada vez que cause baja por causa de enfermedad transmisible.

Artículo 14.

Los Profesores del Centro facultados para impartir educación sanitaria, a partir de los cursos que reglamentariamente se determinen participarán en las actividades de educación sanitaria que el Centro programe con destino a los alumnos, a otros Profesores, al personal no docente o a los padres de familia, integrando estas actividades paulatinamente, en el caso de los alumnos en las áreas docentes correspondientes, evitando en lo posible la creación de áreas específicas.

Artículo 15.

1. Los informes médico-psicológicos se realizarán a través de los Equipos de Salud Mental Infantil, a demanda de los padres o persona autorizada, en caso de minoría de edad del alumno, o del propio interesado en el caso contrario, llevándose a cabo una coordinación con el profesorado de los Centros escolares correspondientes.

2. El Profesor controlará las ausencias por enfermedad del alumnado y la documentación justificativa de las mismas y cooperará con los Equipos de Salud Escolar, especialmente en la organización del alumnado y en la ejecución de las funciones administrativas que ello origine, todo ello conforme a las directrices marcadas por la dirección del Centro.

Artículo 16.

El Director del Centro docente tendrá a su cargo las siguientes misiones:

a) Facilitará la ejecución de las acciones sanitarias recogidas en la presente Ley con todos los medios a su alcance.

b) Comprobará que el personal docente y no docente cumple las obligaciones que la presente Ley les impone.

c) Vigilará la cumplimentación de la documentación que sea precisa y custodiará su archivo en condiciones de confidencialidad.

d) Planificará, junto con el Equipo Médico Escolar, el calendario de actuaciones sanitarias en el Centro de su dirección.

e) Formará parte, en calidad de Presidente, de la Comisión de Salud Escolar del Centro.

f) Comunicará a la Consejería de Sanidad cualquier irregularidad en la ejecución de los programas de salud escolar en su Centro.

g) Fomentará y facilitará, en la medida de lo posible, la participación del personal docente en los cursos de educación para la salud que se impartan periódicamente por la Consejería de Sanidad.

CAPÍTULO IV

Personal y medios

Artículo 17.

Las acciones sanitarias que contempla la presente Ley serán realizadas en el marco de las zonas de salud por los diferentes Equipos de Atención Primaria que operen en esa zona.

Artículo 18.

La Consejería de Sanidad, cuando la magnitud o especificidad de las actuaciones así lo requieran, apoyará al personal a que se refiere el artículo anterior mediante la utilización de los medios adecuados.

Artículo 19.

Toda la documentación utilizada como soporte de las actividades recogidas en la presente Ley será oficialmente aprobada y distribuida por la Consejería de Sanidad.

CAPÍTULO V

Comisiones de Salud Escolar

Artículo 20.

1. En cada centro docente incluido en el ámbito de aplicación de la presente ley existirá una Comisión de Salud Escolar como órgano intersectorial de participación en la salud de la comunidad escolar, de la que formarán parte representantes del personal docente y no docente, del alumnado, de las Asociaciones de Padres de Alumnos, del personal del Equipo de Atención Primaria de la zona o, en su caso, personal sanitario de la Consejería competente en materia de sanidad adscrito al área sanitaria respectiva y del Ayuntamiento en que radique el Centro.

2. La Comisión estará presidida por el Director del Centro y serán sus funciones:

a) Recibir los problemas de salud existentes en el Centro y dar cuenta de los mismos con su informe al Organismo competente.

b) Programar las actividades sanitarias del Centro conducente a la solución de los problemas de salud detectados.

c) Informar a las autoridades sanitarias tanto de los problemas detectados cuanto de las actividades programadas por la Comisión.

d) Velar por la aplicación de los programas emanados de las autoridades sanitarias.

CAPÍTULO VI

Financiación

Artículo 21.

1. El costo del desarrollo de las actividades a que se refiere la presente Ley será financiado por la Comunidad Autónoma con cargo a sus propios presupuestos, siempre que los Centros docentes utilicen los Equipos de Salud Escolar dependientes de la Consejería de Sanidad.
2. Los Centros docentes que utilicen equipos por ellos contratados, los financiarán a su cargo.
3. En todo caso, el material impreso y documentación oficial de uso obligatorio será facilitado gratuitamente por la Consejería de Salud.

CAPÍTULO VII

Responsabilidades y sanciones

Artículo 22.

1. La Consejería de Sanidad incoará o, en su caso, propondrá al órgano competente la incoación de los oportunos expedientes al objeto de establecer las responsabilidades en que hubieran podido incurrir, por incumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley, los Centros y personas a quienes la misma obliga, a los efectos de imposición de las correspondientes sanciones de acuerdo con la normativa legal vigente.
2. En orden a la aplicación de las correspondientes sanciones, se considerarán faltas graves:

a) El incumplimiento de las funciones asignadas al Equipo de Salud Escolar.
b) El falseamiento de la documentación relativa a los programas de salud escolar.
c) La no utilización del documento de salud infantil para la recogida de los datos de salud, enfermedad o inmunización que contempla.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.

En el plazo de un mes, a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, serán dictadas por el Consejero de Sanidad las disposiciones precisas para determinar el contenido y periodicidad de los exámenes de salud a que se refiere el artículo 4 de la misma; el contenido obligatorio de las inspecciones que prevé el artículo 5, las condiciones de ejecución y desarrollo de las medidas enumeradas en los artículos 7 y 8 y el contenido del expediente médico escolar y del documento de salud infantil de existencia obligatoria.

Segunda.

El Consejo de Gobierno aprobará en el plazo de dos meses, desde la entrada en vigor de esta Ley, las disposiciones reglamentarias reguladoras de la composición y funcionamiento de la Comisión de Higiene y Seguridad Escolar y de las Comisiones de Salud Escolar previstas, respectivamente, en los artículos 6 y 20 de la misma.

Tercera.

La presente Ley será de aplicación en todos sus términos, a partir de la fecha de su publicación en el «Boletín Oficial del Principado de Asturias y de la Provincia», en el nivel de Educación General Básica. La extensión de su aplicación a los restantes niveles previstos en el artículo 1 de la misma será determinada por el Consejo de Gobierno a medida que las disponibilidades presupuestarias lo permitan.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.

Por la Consejería de Sanidad, con la colaboración en su caso, del Ministerio de Educación y Ciencia se facilitará la organización de cursos de postgraduados dirigidos a la formación del profesorado en temas de salud.

Segunda.

Igualmente se facilitará la realización de cursos análogos a los citados en la disposición anterior, dirigidos a los estudiantes de las Escuelas Universitarias del Profesorado de Enseñanza General Básica.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Hasta tanto no se constituyan los Equipos de Atención Primaria, y en todo caso en las Zonas Especiales de Salud definidas en el Decreto del Principado 112/1984, de 6 de septiembre, se formarán Equipos de Salud Escolar integrados por funcionarios del Cuerpo de Médicos y Practicantes de APD o por otros funcionarios de la Consejería de Sanidad del Principado, sin perjuicio de que en las cabeceras de cada área sanitaria puedan existir unidades técnico-administrativas de salud escolar cuya composición y funciones se regularán reglamentariamente.